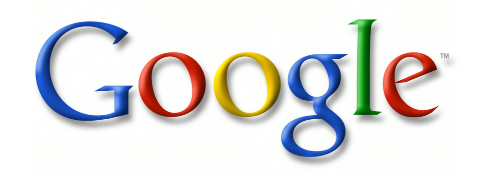
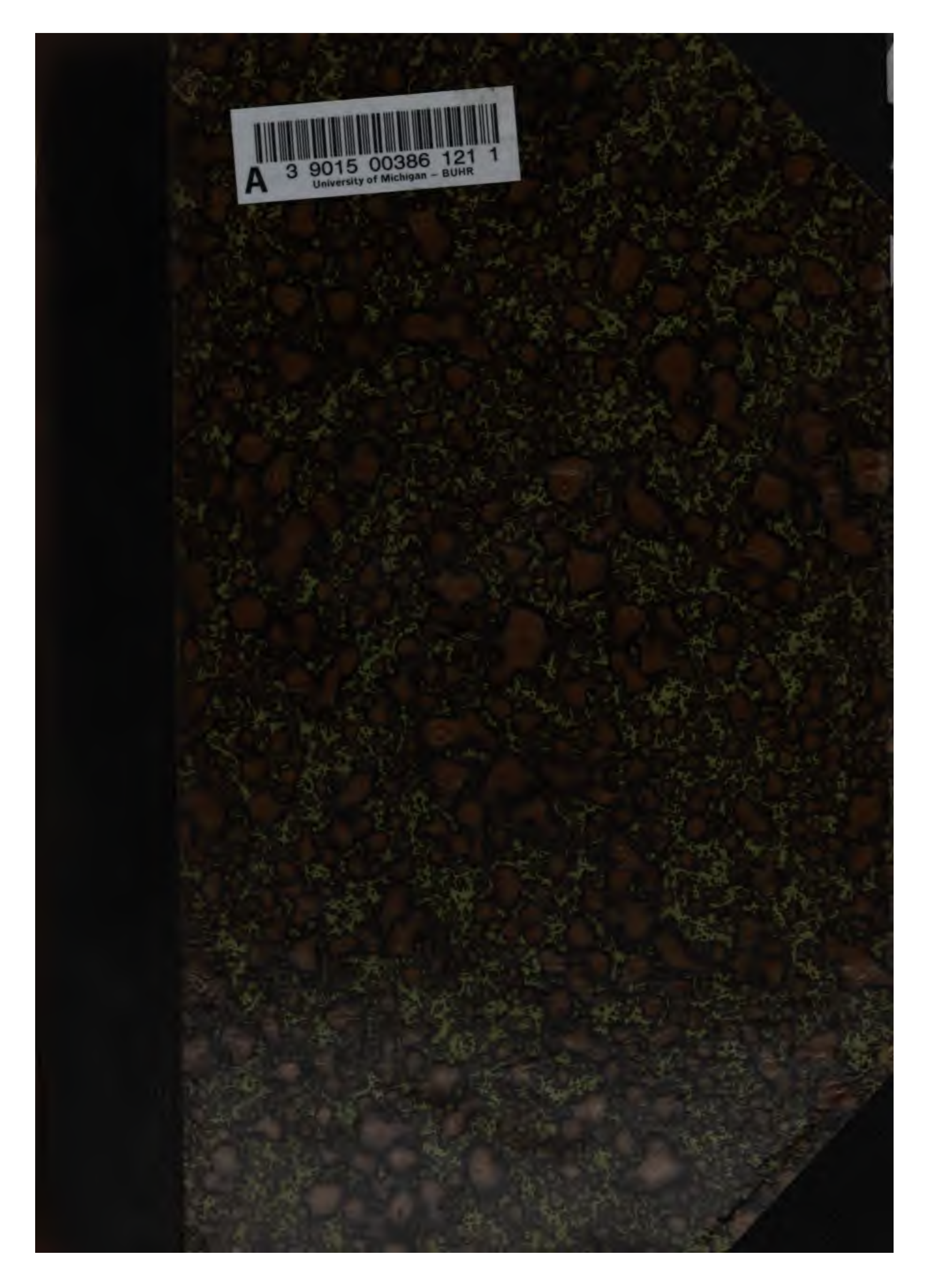
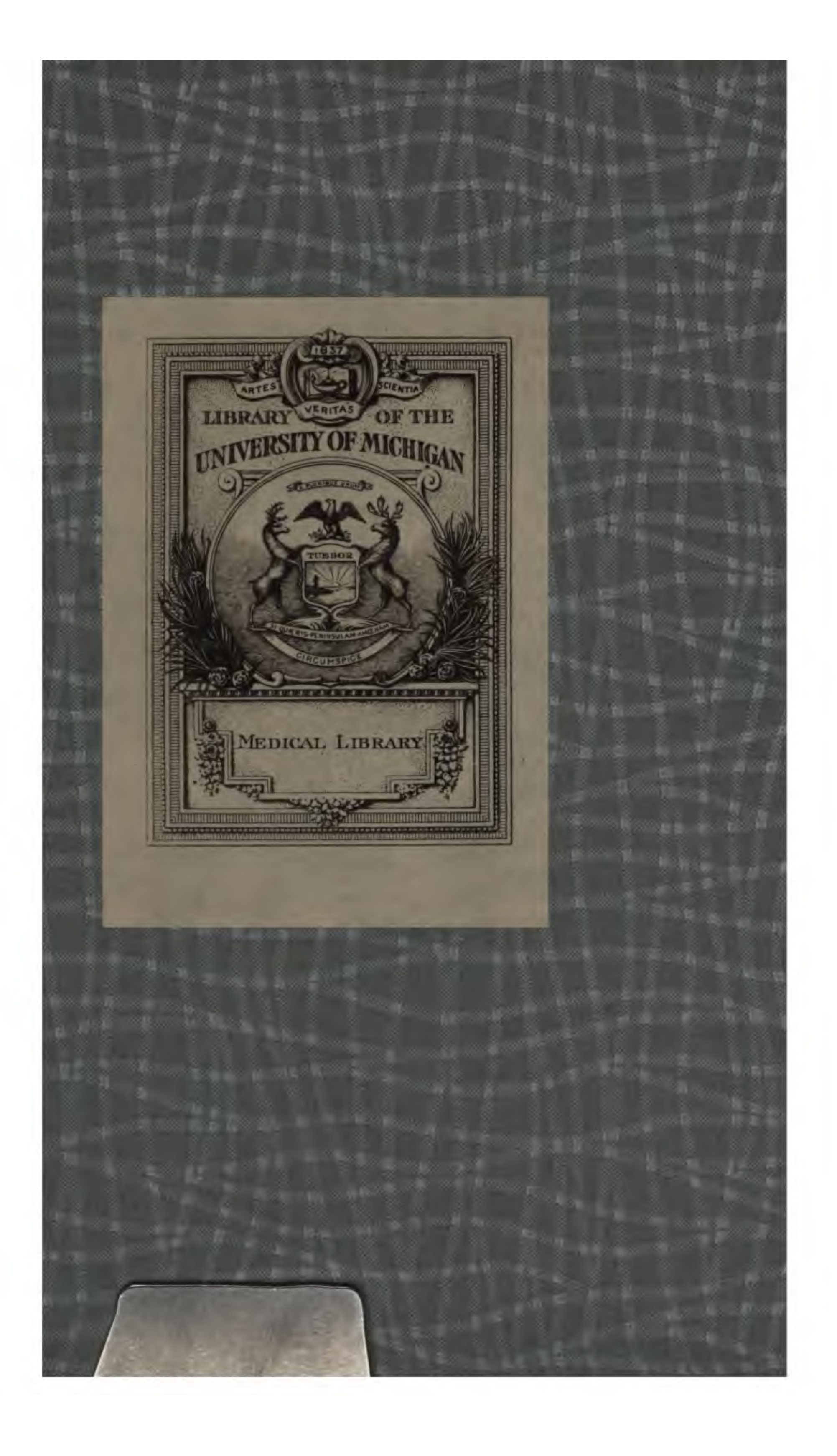




A 3 9015 00386 121 1
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY





Verhandlungen

der

Dermatologischen Vereinigung

zu Berlin.

Herausgegeben

von dem

Vorstande des Vereins.

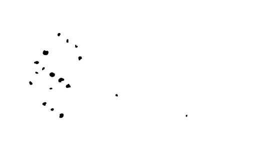
Jahrgang

1893—1894.

Sonderabdruck aus der „Berliner Klinischen Wochenschrift" 1895.

Berlin.

Gedruckt bei L. Schumacher.



Vorstand des Vereins

für das Vereinsjahr 1893/94.

Vorsitzende: Herr **G. Lewin,** Geh. Med.-Rath und Professor.
„ **O. Lassar,** Professor.
Schriftführer: Herr **O. Rosenthal.**
„ **E. Saalfeld.**

Aufnahme-Commission.

Ausser den Mitgliedern des Vorstandes:
Herr **H. Heymann.**
„ **Hoffmann.**
„ **Isaac.**

Mitglieder-Verzeichniss.

1. Dr. Abraham, Geh. Sanitätsrath, Bendlerstr. 31.
2. „ Barschall, Sanitätsrath, Kanonierstr. 40.
3. „ Beely, F., Steglitzerstrasse 10.
4. „ Behrend, Privat-Docent, Mittelstrasse 22.
5. „ Benda, C., Privat-Docent, Dorotheenstr. 35.
6. „ Benda, M., Lützowstrasse 46.
7. „ Benda, Theod., Potsdamerstr. 54.
8. „ Bessel, Sanitätsrath, Kanonierstrasse 2.
9. „ Blaschko, A., Gr. Friedrichstrasse 104 a.
10. „ Bock, Charlottenburg, Göthestr. 6.
11. „ Boer, Sanitätsrath, Alsenstrasse 8.
12. „ Born, Karlstrasse 19.
13. „ Brieger, Professor, Alexander-Ufer 2.
14. „ Bruck, Charlottenstr. 32.
15. „ Casper, Leopold, Privat-Docent, Friedrichstrasse 201.
16. „ Cohn, Prinzenstr. 73.
17. „ Eulenburg, Professor, Lützowstrasse 60 a.
18. „ Fischel, Prinzenstrasse 52.
19. „ Frank, Ernst, Friedrichstr. 211.
20. „ Frantzen, Karlstr. 19.
21. „ Freund, Otto, Oranienburgerstr. 40/41.
22. „ Friedländer, M., Markgrafenstrasse 3.
23. „ Fürst, Invalidenstr. 2.
24. „ Gebert, E., Neuenburgerstrasse 23.
25. „ Gerhardt, Geh. Med.-Rath, Professor, Kronprinzen-Ufer 13.
26. „ Gericke, Wilhelmstrasse 88.
27. „ Gerson, Carl, Belleallianceestr. 14.
28. „ Gläntzer, Bielefeld.
29. „ Gluck, Professor, Potsdamerstr. 139.
30. „ Grimm, Schiffbauerdamm 38.
31. „ Gusserow, Geh. Med.-Rath, Professor, Roonstr. 1.
32. „ Heller, Charlottenburg, Berlinerstr. 130.
33. „ Herzfeld, Ernst, Kommandantenstr. 48.
34. „ Heymann, Heinrich, Leipzigerstrasse 133.
35. „ Hildebrandt, Geh. Saniätsrath, Klosterstr. 28.
36. „ Hirschberg, Professor, Karlstrasse 36.
37. „ Hoffmann, L., Sanitätsrath, Kronenstrasse 75.
38. „ Jaschkowitz, Geh. Sanitätsrath, Ritterstrasse 43.
39. „ Jastrowitz, Sanitätsrath, Luisenstrasse 29.
40. „ Immerwahr, Dörnbergstrasse 7.
41. „ Joachimsthal, G., Markgrafenstr. 35.
42. „ Jolly, Professor, Alexander-Ufer 7.
43. „ Joseph, Potsdamerstrasse 134 a.
44. „ Isaac, Friedrichstrasse 171.
45. „ Israel, O., Professor, Spenerstrasse 3.

46. Dr. Karewski, Oranienburgerstr. 69.
47. „ Kirschner, Oranienstr. 25.
48. „ Köbner, Heinrich, Professor, Magdeburgerstrasse 3.
49. „ Köbner, Seydelstrasse 31 a.
50. „ Krey, Karlstrasse 19.
51. „ Kromayer, Privat-Docent, Halle.
52. „ Langenbuch, Professor, Schffbauerdamm 18.
53. „ Lassar, Privat-Docent, Karlstrasse 18 a.
54. „ Ledermann, Königstrasse 34/36.
55. „ Lewin, Geh. Med.-Rath., Professor, Roonstrasse 8.
56. „ Leyden, Geh. Med.-Rath, Professor, Bendlerstr. 30.
57. „ Liebreich, Geh. Med.-Rath, Professor, Dorotheenstrasse 34.
58. „ Lilienthal, Oranienstrasse 140.
59. „ Lissa, Sanitätsrath, Königgrätzerstr. 100.
60. „ Loewenthal, Hugo, Matthäikirchstr. 15.
61. „ Mankiewicz, Königgrätzerstrasse 123 b.
62. „ Margoniner, Weinbergsweg 7.
63. „ Martin, Privat-Docent, Alexander-Ufer 1.
64. „ Meissner, Karlstr. 19.
65. „ Mendel, Professor, Schiffbauerdamm 20.
66. „ Mendelsohn, Potsdamerstrasse 73.
67. „ Meyer, Edmund, Bülowstr. 3.
68. „ Meyer, G., Zimmerstrasse 5/6.
69. „ Müller, Georg, Brückenstr. 6 b.
70. „ Müller, Heinrich, Potsdamerstr. 115.
71. „ Oestreicher, Oranienburgerstr. 74.
72. „ Oliven, Pankow.
73. „ Oppenheim, A., Oranienburgerstrasse 40/41.
74. „ Ostermann, E., Neue Rossstrasse 14.
75. „ Palm, Gr. Friedrichstrasse 171.
76. „ Posner, Professor, Anhaltstrasse 7.
77. „ Renvers, Professor, Nettelbeckstrasse 24.
78. „ Richter, Paul, Grenadierstrasse 25.
79. „ Richter, P. Fr., Leipzigerstr. 93.
80. „ Rosenberg, Mittelstrasse 55.
81. „ Rosenthal, Oscar, Potsdamerstrasse 23.
82. „ Ruge, C., Sanitätsrath, Jägerstrasse 61.
83. „ Saalfeld, E., Friedrichstrasse 111.
84. „ Samter, Paul, Schönhauser Allee 45.
85. „ Schönfeld, Skalitzerstr. 107.
86. „ Schwann, Köln, Hohenzollernstrasse 63.
87. „ Schweigger, Geh. Med.-Rath, Professor, Roonstrase 6.
88. „ Selberg, Sanitätsrath, Invalidenstrasse 111.
89. „ Siegheim, Potsdamerstrasse 86 a.
90. „ Schütte, Anhaltstrasse 4.
91. „ Steinrück, Oberstabsarzt a. D., Luisenstrasse 3.
92. „ Sternberg, Oranienburgerstrasse 58.
93. „ Straeter, Gr. Friedrichstr. 171.
94. „ Stranz, Neue Königstrasse 19 c.
95. „ Sonnenburg, Professor, Hitzigstrasse 3.
96. „ Veit, J., Privat-Docent, Matthäikirchstrasse 12.
97. „ Wechselmann, Lützowstr. 72.
98. „ Wiener, G., Königgrätzerstrasse 82.
99. „ Wolff, Jul., Professor, Neue Kirchstrasse 11.
100. „ Wolff, M., Professor, Potsdamerstr. 134 a.

Inhalts-Verzeichniss.

			Seite
14. Nov. 1893.	Herr	Joachimsthal: Ueber Knochendeformitäten bei Lues congenita (mit Krankenvorstellung)	1
		Discussion	1
	„	Lennhoff: Ueber Ichthyosis (mit Krankenvorstellung)	1
	„	Lassar: Ueber Ichthyosis acquisita (mit Krankenvorstellung)	1
	„	Saalfeld: Ueber Ichthyosis (mit Krankenvorstellung)	2
		Discussion	2
	„	Isaac: Acne necrotica (mit Krankenvorstellung)	2
		Discussion	3
	„	Ledermann: Ueber Resorbin und Resorbinquecksilber	3
		Discussion	3
	„	Lassar: Ueber Erythema striatum	3
		Discussion	3
5. Dec. 1893.	Herr	Lassar: Ueber fleckförmige Alopecia non specifica (mit Krankenvorstellung)	4
	„	Lassar: Acene follicularis (mit Krankenvorstellung)	4
	„	Lilienthal: Sclerosis urethrae (mit Krankenvorstellung)	4
		Discussion	4
	„	Saalfeld: Carcinoma vesicae felleae atque cutis (mit Krankenvorstellung)	4
	„	O. Rosenthal: Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre	4
		Discussion	5
	„	Heller: Ueber Hodensarcom (mit Demonstration von Präparaten)	5
		Discussion	6
	„	G. Lewin: Albinismus partialis (mit Krankenvorstellung)	6
		Discussion	6
	„	G. Lewin: Ueber syphilitische Spinalparalyse (mit Krankenvorstellung)	6
		Discussion	7

Seite

5. Dec. 1893. Herr G. Lewin: Lichen syphiliticus (mit Krankenvorstellung) 7
Discussion 7
„ G. Lewin: Ueber Leukoderma syphiliticum 7

9. Jan. 1894. Herr Schütte: Ueber die Behandlung der Sclerodermie (mit Krankenvorstellung) . . . 8
Discussion 8
„ Peter: Ueber generalisirte Vaccine (mit Krankenvorstellung) 8
Discussion 8
„ G. Lewin: Gewerbekrankheit der Melker (mit Krankenvorstellung) 8
Discussion 8
„ Ledermann: Syphilis des Rückenmarks (mit Krankenvorstellung) 9
Discussion 9
„ Immerwahr: Ueber einen Diplococcus der männlichen Urethra (mit Demonstration) . 9
Discussion 9
„ Heller: Ueber Leucoderma non syphiliticum (mit Krankenvorstellung) 9
Discussion 10

13. Febr. 1895. Herr Mendel: Die im höheren Lebensalter erworbene Syphilis und die Krankheiten des Nervensystems 10
Discussion 10
„ Renvers: Ueber syphilitische Gelenkerkrankungen 13
„ Isaac: Ueber Syphilis maligna (mit Krankenvorstellung 13

13. März 1994. Herr Saalfeld: Ueber Lues acquisita bei einem Kinde (mit Krankenvorstellung) 14
„ Peter: Ueber Pityriasis rubra (mit Krankenvorstellung) 14
Discussion 14
Discussion über den Vortrag des Herrn Renvers: Ueber syphilitische Gelenkerkrankungen 15
„ Lassar: Ueber die Diagnose der Palmaraffectionen 15

8. Mai 1894. Herr Saalfeld: Acne varioliformis (mit Krankenvorstellung) 15
„ Ledermann: Sclerosis der Harnröhre (mit Krankenvorstellung) 16
„ Ledermann: Sclerosis der Urethra und Ulcus mixtum im Sulcus coronarius (mit Krankenvorstellung 16
„ Ledermann: Rupia syphilitica im Frühstadium der Lues (mit Krankenvorstellung) 16
„ Ledermann: Ulcus gummosum penis (mit Krankenvorstellung) 16
„ Ledermann: Psoriasis vulgaris palmaris abortiva (mit Krankenvorstellung) . . . 16
„ Ledermann: Sclerose der Wangenschleimhaut (mit Krankenvorstellung) 16
Discussion 17

Seite

8. Mai 1894. Herr Richter: Eigenthümliches syphilitisches Exanthem (mit Krankenvorstellung) . . . 17
Discussion 17
" Lassar: Ueber Pityriasis rubra 18
Discussion 18
" Schütte: Ueber Lupus erythematodes (mit Krankenvorstellung) 18
Discussion 18

13. Juni 1894. Herr Joseph: Urticaria pigmentosa (mit Krankenvorstellung) 18
" O. Rosenthal: Erythema bullosum (mit Krankenvorstellung) 19
Discussion 19
" Ledermann: Syphilis nach extragenitaler Infection (mit Krankenvorstellung) . . 19
" Lassar: Ueber Behandlung des Melanosarcom (mit Krankenvorstellung) . . . 20
Discussion 20
" G. Lewin: Ueber intravenöse Sublimatinjectionen 21
" Wassermann: Ueber Lymphaemia cutis . 22
Discussion 22

10. Juli 1894. Herr Meissner: Ueber Spindelzellensarcom (Demonstration) 22
" Meissner: Carcinom nach Pigmentfleck (mit Krankenvorstellung) 22
" Lassar: Zur Diagnose des Lichen (mit Krankenvorstellung) 22
" G. Lewin: Ueber intravenöse Sublimatinjectionen (mit Krankenvorstellung) . . . 23
" G. Lewin: Ueber syphilitische Iritis und syphilitische Acne necrotica (mit Krankenvorstellung) 23
" G. Lewin: Lues maligna (mit Krankenvorstellung) 23
" G. Lewin: Oedem der Labia majora vulvae (mit Krankenvorstellung) 23
" O. Rosenthal: Ueber Adenoma sebaceum (mit Krankenvorstellung) 23
Discussion 23
" Heller: Gummi des Hodens (mit Krankenvorstellung) 24
" Heller: Die Entfernung von Tätowirungen durch die Electrolyse und Untersuchungen über die Wirkungen des electrolytischen Stromes auf das Gewebe (mit Krankenvorstellung) 24
" O. Rosenthal: Ueber Oesypus 24
Discussion 24
" Ledermann: Demonstration eines Apparats zur Application von Wärme und Kälte am Damm 25

Sitzung vom 14. November 1893.

Vorsitzender: Herr Lassar.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

1. Hr. **Joachimsthal: Ueber Knochendeformitäten bei Lues congenita** mit Krankenvorstellung. (Der Vortrag ist in extenso in der Deutschen medicinischen Wochenschrift erschienen.)

Discussion.

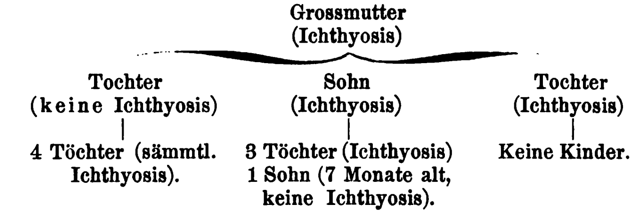
Hr. Lewin fragt, ob im Blute nicht kernhaltige Blutkörperchen gefunden sind. Sie zeigen sich bisweilen bei Knochen- und Knorpelaffectionen, die zur Heilung neigen.

Hr. Joachimsthal: Im Blute wurden diese Elemente vermisst.

Hr. Grimm hält den vorgestellten Fall ebenfalls für Lues. Er hat bei einer sehr stattlichen Anzahl von Fällen von vernachlässigter, unbehandelter Lues congenita Verlängerung einzelner Knochen, vielleicht in 10 pCt., getroffen. In einem Falle war eine noch stärkere Luxationsstellung als hier vorhanden.

2. Hr. **Lennhoff: Ueber Ichthyosis** mit Krankenvorstellung. L. stellt vier kleine Geschwister im Alter von 6—12 Jahren mit Ichthyosis vor. Bei dem dritten Kinde ist die Affection am meisten ausgebildet. Die Kleine ist von Geburt an stumm gewesen, kann aber ganz gut hören und ist im Uebrigen etwas schwachsinnig. Die Eltern sind ganz gesund, dagegen besitzen die Grossmutter mütterlicherseits, sowie eine Schwester und ein Bruder der Mutter eine sehr rauhe Haut.

Im Ganzen stellt sich das Verhältniss so:



Discussion.

Hr. Lassar stellt einen Fall von Ichthyosis acquisita späteren Lebensalters bei einer Schuldienersfrau vor, welcher grosse Aehnlichkeit

mit Pityriasis rubra aufwies. Vortragender erinnert dabei an einen Fall Mehlweiss, der lange als P. r. gegolten und sich schliesslich gleichfalls als Ichthyosis acquisita herausgestellt hat.

Hr. Saalfeld stellt zwei Geschwister mit stark ausgeprägter Ichthyosis vor, bei denen durch die Anwendung von Thilaninum molle eine wesentliche Besserung des Leidens erzielt wurde.

Hr. Rosenthal weist darauf hin, dass das eine Mädchen nur eine rauhe, schilfernde Haut besitzt, eine Pityriasis simplex, ein Beweis, dass diese Affection den geringsten Grad der Ichthyosis darstellt.

Hr. Lewin hat auch eine Familie, wo Vater und Mutter gesund und vier Kinder krank waren, beobachtet. Eine Ichthyosis congenita giebt es in sofern nicht, als diese erst im zweiten oder dritten Jahre sich zeigt. Die bisher mitgetheilten Fälle von angeborener Ichthyosis sind mehr als Ichthyosis sebacea aufzufassen. Man hat häufiger Heilung der Ichthyosis nach Masern und Pocken gesehen.

Hr. Saalfeld: Die Kinder haben Masern gehabt, aber nicht Scharlach.

Hr. Lewin (fortfahrend): Die Affection pflanzt sich in weiblicher Linie seltener fort, als in männlicher. Der berühmteste Fall ist der der Familie Lambert, wo die Söhne, aber nicht die Töchter befallen waren.

Hr. Blaschko glaubt, dass die echte Ichthyosis keine Krankheit, sondern bloss eine Keimanomalie ist. Die echte Ichthyosis stellt eben keinen krankhaften Process, sondern einen abnormen Zustand dar, und zwar einen auf dem Wege der erblichen Uebertragung überkommenen Zustand, der überhaupt nicht beseitigt werden kann. Andere Processe, wie z. B. Lichen pilaris, dann wieder gewisse Dermatosen, die durch allerhand Hautreize erzeugt werden, Pityriasis rubra und Folgezustände des chronischen Ekzems, mit dem Namen Ichthyosis zu bezeichnen, trägt zur Klärung wenig bei. B. möchte vorschlagen, den Namen Ichthyosis zu reserviren für die Form der erblichen Keimanomalien, welche sich in einer abnormen und übermässigen Verhornung der Epidermis kundgiebt.

Hr. G. Lewin: Man kann wohl mehr oder weniger eine grosse Zahl von Krankheiten als Keimkrankheiten bezeichnen.

Hr. Oestreicher bespricht den Unterschied zwischen Ichthyosis acquisita und „Ichthyosis congenita“. Letztere giebt klinisch und anatomisch ein von der ersten Form grundverschiedenes Bild. Beiden Affectionen gemeinsam ist der hereditäre Charakter, der sich bei der Ichthyosis acquisita indessen erst im zweiten oder dritten Lebensjahre kundgiebt.

Hr. Blaschko: Die Fälle von Ichthyosis congenita sind sehr selten und die Folge von intrauteriner Erkrankung, deren Ursachen uns nicht bekannt sind, während die echte Ichthyosis eine erbliche Abnormität darstellt, wie etwa die Hypertrichosis, der Albinismus etc. Man bezeichnet diese Art als homochrone Vererbung. Es giebt eben tausenderlei Eigenschaften, die, wenn auch nicht angeboren, so doch ererbt sind.

Hr. Lennhoff fügt hinzu, dass die Mutter mit aller Bestimmtheit angiebt, das stumme Kind habe von Geburt an eine sehr rauhe Haut gehabt. Masern haben die vier Schwestern sämmtlich überstanden, ein Einfluss auf die Ichthyosis lässt sich aber nicht erkennen.

3. Hr. **Isaac** stellt einen Mann mit einer **Hauterkrankung** vor, die mit **pustulösen Efflorescenzen** an den Extremitäten begann und jetzt acneartige Knoten hat, deren Residuen jedoch Defecte zeigen, die in Narbenbildung begriffen sind. Von besonderem Interesse sind aber linsenförmige, **graue Knötchen** von schwammiger Beschaffenheit, mit einem oben sichtbaren **kleinen** Loch versehen, welche ohne entzündliche

Erscheinungen verlaufen. Herr Isaac hält den Krankheitsprocess für eine eigenthümliche Form von Acne necrotica.

Discussion.

Hr. Rosenthal hat vor einiger Zeit einen ähnlichen Fall beobachtet, der sich ebenfalls nur auf die beiden unteren Extremitäten erstreckte. Die Narben, sowie die Pigmentirungen in dem vorgestellten Fall deuten auf ein längeres Bestehen der Affection; die Acneknötchen beweisen, dass der Process noch nicht abgelaufen ist.

Hr. Bruck erinnert daran, dass Boeck vor einigen Jahren ähnliche Fälle im Archiv für Dermatologie beschrieben hat.

Hr. Lassar hat einen der Fälle C. Boeck's durch dessen Veranlassung längere Zeit in Behandlung gehabt. Derselbe zeigte ein weit groteskeres Aussehen.

Hr. Bruck betont, dass im vorgestellten Falle im Wesentlichen die von der Kleidung bedeckten Partien befallen sind, während sonst die Nachschübe gerade an den der Luft ausgesetzten Theilen erfolgen.

4. Hr. **Ledermann: Ueber Resorbin und Resorbinquecksilber.** (Der Vortrag ist in extenso in der Allgem. med. Centralzeitung No. 92 erschienen.)

Discussion.

Hr. Ledermann antwortet auf die Fragen des Herrn Lewin, dass die Salbe wie die gewöhnliche graue Salbe $33^1/_3$ procentig ist, dass 3 bis 4 gr jedesmal eingerieben werden, und dass in einem Falle nach der vierten Einreibung, in einem anderen Falle etwas später eine leichte Gingivitis eintrat.

Auf die Frage des Herrn Ostermann erwidert Herr Ledermann, dass ein Ranzigwerden noch nicht beobachtet worden ist.

Ferner betheiligt sich an der Discussion Herr Rosenthal.

5. Hr. **Lassar: Ueber Erythema striatum.** L. beobachtete vor einiger Zeit bei zwei Patienten eine eigenthümliche Strichbildung mit Borkenablagerung auf der Hand. Diese Affection war in Perioden von ungefähr einem Monat aufgetreten, plötzlich entstanden und wieder verschwunden. Klar konnte man die befallenen Lymphbahnen verfolgen. Die Affection trat dann wieder auf in Gestalt eines deutlichen Erythema exsudativum. Eine gleichartige Localisation mit derselben periodischen Recidivität fand sich kurze Zeit darauf bei einem halbwüchsigen Mädchen. Dasselbe kam nach einiger Zeit wieder mit Erythema bullosum. Immer wieder spielte die strichförmige Bildung die Hauptrolle in den Erscheinungen. Mittlerweile fand L. bei einer Patientin, die lange Zeit an Pemphigus behandelt wurde, auf dem Rücken der mit Blasen belegten Hand eine dieser vergleichbare Eruption. Hier war das Erythem hervorgerufen durch eine Wildpretvergiftung, so dass dasselbe als ein Erythema venenatum bezeichnet werden kann. L. will nur darauf hinweisen, dass diese Formen von **Erythema striatum** geneigt sind, ganz bestimmten Lymphbahnen zu folgen, um diesen Weg auch bei Recidiven immer wieder einzuschlagen.

Discussion.

Hr. Heller hat einen Fall beobachtet, der die Theorie der lymphatischen Entstehung einzelner Hautkrankheiten deutlich beweist. Der Fall wird mit Abbildungen publicirt werden.

An der Discussion betheiligen sich noch die Herren Isaac, Lewin und Lassar.

Sitzung vom 5. December 1898.

Vorsitzender: Herr Lewin.
Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Hr. Lassar: Haslund hat vor Kurzem vortreffliche Abbildungen von fleckförmiger Alopecia syphilitica veröffentlicht, die mit Leucoderma specificum vergesellschaftet waren. Ich bin aus meinen Beobachtungen in der Lage dies Sachverhältniss zu bestätigen (Demonstration von Photogrammen), auch den Rückgang des Haarleidens ohne örtliche Behandlung auf allgemeine Hg-Cur hervorzuheben. Doch lässt sich aus dieser Alopecia leider nicht ohne weiteres ein Rückschluss gestalten, denn ich habe hier einen jungen Menschen mit genau derselben Krankheitserscheinung vorzustellen (geschieht), bei dem Syphilis nicht vorliegt.

Hr. Lassar stellt noch einen Fall von Acne follicularis der Extremitäten bei einem älteren Manne vor, wo annuläre Gruppirung der Efflorescenzen im Ort der Narbenbildung eine grosse Aehnlichkeit mit papulöser Spätsyphilis hervorgebracht hatte, eine specifische Cur aber ohne Einfluss geblieben war.

2. Hr. Lilienthal stellt einen Patienten vor, der vor Kurzem an einem Tripper gelitten hatte. Nach drei Wochen stellten sich deutliche Secundärerscheinungen ein. Das Secret war serös und blutig; eine Untersuchung auf Gonokokken negativ. Jetzt fühlt man deutlich in der Harnröhre die Sclerose. Es ist daher wichtig, bei jedem Ausfluss auf Gonokokken zu untersuchen.

Hr. G. Lewin: Solche Sclerosen entbehren stets der specifischen Härte.

3. Hr. Saalfeld stellt einen 43jährigen Patienten vor, der im Mai d. J. an Gelbsucht und Hautjucken erkrankte. In der Gegend der Gallenblase befanden sich mehrere Tumoren, und zwar ein Tumor, der der Gallenblase anzugehören schien, ausserdem noch zwei andere, die in der Haut sassen. Der linke Leberlappen war sehr persistent; ferner fiel auf, dass zahlreiche Tumoren von Erbsen- bis Wallnussgrösse an anderen Stellen der Haut sich befanden. Bei einem exstirpirten Tumor konnte Herr Hansemann die Diagnose auf Carcinom stellen. Der primär erkrankte Theil wird wohl die Vesica fellea sein. In der letzten Zeit war das Jucken gerade über den Hautknoten bei dem Patienten am stärksten.

I. Hr. **Rosenthal: Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre.**

R. beabsichtigt, auf ein Unterstützungsmittel bei der Behandlung der Unterschenkelgeschwüre näher einzugehen. Die Majorität derselben beruht auf varicöser Basis. Die hierdurch bedingten Stauungen, Oedeme u. s. w. tragen neben den anderen, bekannten Ursachen zu der Schwierigkeit der Behandlung bei. Die Theden'schen Einwickelungen, die Heftpflasterverbände, die Martin'schen Gummibinden u. s. w. suchten diesen Uebelstand zu beseitigen. Der im Jahre 1889 von Unna eingeführte und bewährte Zinkleimverband hat den Nachtheil, dass das Secret verhalten wird, dass die ekzematösen Randpartien dadurch gereizt werden, dass der Verband sehr schnell durchtränkt wird und in Folge dessen sehr oft gewechselt werden muss. R. hat daher schon seit Jahren gefensterte Zinkleimverbände angewendet, welche sich für Unterschenkelgeschwüre von nicht zu grosser Ausdehnung, etwa Handflächengrösse, eignen. Circuläre Geschwüre können damit nicht behandelt werden. Bei ekzematöser Umgebung wurde eine entsprechende Behandlung vor-

ausgeschickt. Zur Anlegung des Verbandes wird das Geschwür selbst mit einem hohlen Gegenstand, am besten mit einem Uhrglase, gedeckt, dann wird der Unterschenkel mit Zinkleim bestrichen und eine einköpfige, weiche Gazebinde angelegt, auf eine zweite Schicht von Zinkleim wird noch eine zweite Gazebinde befestigt. Die unmittelbare Umgebung des Geschwürs wird nach Entfernung des Uhrglases mit Watte, die in Zinkleim getaucht ist, bedeckt. Zum Schutze gegen das Secret wird die Umgebung des Geschwürs durch aufgepinseltes Photoxylin geschützt. Dasselbe ist so jeder medicamentösen Einwirkung zugängig. (Vorstellung mehrerer Fälle in verschiedenen Stadien der Heilung.)

Hr. Karewski hat seit der Publication Unna's wohl reichlich tausend Fälle beobachtet. Er glaubt nicht, dass es möglich ist, grössere Geschwüre damit zur Heilung zu bringen. Der eigentliche Werth des Zinkleimverbandes kommt erst dann zur Geltung, wenn das Geschwür geheilt ist. Von den drei Fällen, die Herr Rosenthal vorgestellt hat, wird nur einer wahrscheinlich gänzlich unter dem Zinkleimverband hergestellt werden. Dieser Verband ist nur ein ausgezeichneter Ersatz für die Gummibinde. Die Behandlung des Geschwürs an sich erfordert antiseptische oder besser aseptische Mittel, daher hat K. alle Fälle täglich selbst aseptisch verbunden. Das ist die einzige Methode, um ans Ziel zu gelangen. Nach der Vernarbung wurde zum Schutze ein Zinkleimverband gemacht. Solche Patienten kann man aber in wenigen Wochen dauernd heilen, allerdings ist dazu eine stationäre Behandlung von ungefähr drei Wochen erforderlich. Die Exstirpation der Varicen schützt vor Recidiven, und die Transplantation ist ein sicheres Mittel, die Geschwüre schnell zur Vernarbung zu bringen. K. hat oft in einer Sitzung beide Operationen mit bestem Erfolge gemacht. Die Varicenexstirpation stellt keine grossen Anforderungen an die Technik und hat keine Gefahren für den Patienten. Ja, man kann an Stelle der Exstirpation der Varicen auch die Vena saphena magna unterbinden. Dieser Eingriff kann vielleicht auch ambulant gemacht werden. Bei Ulcerationen ist die Varicenexstirpation der Venenunterbindung gegenüber das überlegenere Verfahren. Aber auch ausgedehnte Thrombophlebitis habe ich zweimal durch Exstirpation der mit Thromben gefüllten Venectasien zur schnellen Heilung gebracht. Es wäre K. lieb, zu erfahren, ob es Herrn Rosenthal wirklich gelungen ist, Geschwüre von Handtellergrösse unter dem Zinkleimverband zu beseitigen.

Hr. Rosenthal erwiedert, dass der Zinkleimverband nur als ein Hülfsmittel anzusehen ist; auch darf derselbe nicht 6—8 Wochen liegen bleiben. R. hat handtellergrosse Geschwüre schon mit und ohne Unterstützung des Zinkleimverbandes geheilt. Die Anwendung aseptischer und antiseptischer Mittel sei oft wegen der grossen Empfindlichkeit unmöglich.

II. Hr. **Heller: Ueber Hodensarcom mit Demonstration von Präparaten.**

Der vorliegende Tumor stellt den linken Hoden eines 34jährigen Mannes dar. Der Patient gab an, sein Vater habe sich ausserhalb der Ehe syphilitisch inficirt, auch seine Mutter sei krank gewesen; er selbst habe in seiner Jugend an einem hartnäckigen Ausschlag gelitten. Er selbst war sonst stets gesund; heirathete vor 8 Jahren. Das erste Kind starb, das zweite ist gesund, es folgten drei Fehlgeburten. Vor $1^1/_2$ Jahren begann der linke Hoden des Patienten anzuschwellen. September 1893 fiel dem Patienten ein schweres Werkstück auf den erkrankten Hoden. H. constatirte einen mehr als faustgrossen schweren Tumor. Bei der von Herrn Dr. Palmié gemachten Eröffnung der Scrotalhöhle fand sich ein Tumor, der anscheinend vom Nebenhoden ausging, während

der Hoden vollkommen gesund war. Die anatomische Beschaffenheit des Tumors, sowie die Anamnese des Kranken liessen einen Versuch specifischer Behandlung gerechtfertigt erscheinen. Da eine Nekrotisirung des Gewebes an einzelnen Stellen entstand, so entschlossen wir uns zur Castration, besonders da die specifische Behandlung keinen Erfolg hatte. Der Wundverlauf war reactionslos, der Kranke ist zur Zeit frei von Drüsenschwellungen.

Bemerkenswerth erscheint die Veränderung im psychischen Verhalten des Kranken, die zeitlich mit der Entstehung des Tumors zusammenfällt. Der Patient begann gegen seine Frau den durch nichts begründeten Argwohn zu hegen, dass dieselbe vielfach, auch mit dem Bruder des Patienten, die Ehe gebrochen habe. Allmählich entwickelte sich eine typische Paranoia mit Verfolgungsvorstellungen, hauptsächlich nach der sexuellen Sphäre hin. Wider Erwarten trat eine erhebliche Besserung ein. Der Kranke dissimulirte seine Ideen sehr geschickt; trotzdem schimmerte zuweilen der frühere paranoische Gedankengang durch.

H. glaubt, dass zwischen dem Hodentumor und der Psychose eine Beziehung besteht: Erkrankungen der Sexualorgane disponiren überhaupt zu Psychosen. Es sei nur an die Melancholie nach Amputatio penis erinnert.

Der Tumor geht von dem Corpus Highmori aus, hat den Nebenhoden ergriffen, während er den Hoden vollkommen intact gelassen hat. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein kleinzelliges alveoläres Sarcom mit einer ausserordentlichen Masse von kleinen Metastasen handelte.

Hr. Lassar hat als Assistent der psychiatrischen Klinik in Breslau einen ganz gleichlautenden Fall beobachtet, wo ein im formellen Denkapparat intacter Mann von Verfolgungsvorstellungen dieser Art befallen wurde. Der Patient wurde mit Rücksicht auf Syphilis genau untersucht, es fand sich dabei keine Hodenerkrankung vor.

Hr. Ledermann stellt einen Fall von ausgedehntem Eczema marginatum vor.

Hr. Peter hat eine grosse Anzahl von Pityriasis rosea Fällen, wofür er die vorgestellte Affection hält, in der Klinik des Herrn Dr. Lassar auf Pilzelemente untersucht. Wenn man die abgekratzten Schuppen genügend lange in Alkohol und Aether entfettet, findet man meistens in grosser Anzahl kleinste Sporen, die besonders in der Peripherie der Epithelzellen liegen.

IV. Hr. G. **Lewin** stellt 1. einen Fall von ausgedehntem **Albinismus partialis** vor. Derselbe betrifft ein 18jähriges, körperlich und geistig gesundes Mädchen. Was die behauptete Heredität betrifft, so scheint es, als ob von normalen Eltern Albinos geboren werden können; dass aber Albinos normal Pigmentirte zeugen, ist fraglich. Constatirt ist, dass bei Kakerlaken sich das Haar nachträglich dunkel färben kann. Dagegen dass weisse Flecken später pigmentirt werden, dafür sind bisher keine Beispiele vorhanden.

Hr. Saalfeld hat vor einiger Zeit einen ähnlichen Fall beobachtet, der sich nach einer äusserst starken Gemüthserschütterung entwickelt hat.

Hr. Mankiewicz weist auf eine ihm bekannte Familie hin. Die Mutter ist sehr blond, aber kein Albino, der Vater ist ziemlich dunkel, während die drei Kinder echte Albinos sind. M. glaubt an eine gewisse Heredität.

Hr. Lilienthal kennt eine Familie, in der der Vater einen typischen Fall von Albinismus bietet, während ein Kind tief schwarz ist.

Hr. Lewin kennt 4—5 Beispiele von Heredität.

Hr. G. Lewin stellt 2. einen Fall von syphilitischer Spinal-

paralyse vor. Die 32jährige Aufwärterin kam auf seine Klinik mit Rupia syphilitica und Halsgeschwüren. Sie hatte schon mehrere Curen durchgemacht. Bald nach ihrer Aufnahme zeigten sich die Erscheinungen der Paralyse. Charakteristisch war der Gang der Kranken. Die Beugung in den Knien wurde beinahe ganz vermieden, die Füsse „klebten am Boden“. Dabei suchte die Kranke mit den Fussspitzen aufzutreten und zwar weil, wie bekannt, leicht beim gewöhnlichen Gehen eine Contraction der Wadenmuskeln entsteht. Patellarreflex war gesteigert und reflectorische Zuckungen traten bei allen activen und passiven Bewegungen auf. Wir haben die Kranke mit Hydr. oxycyanat. subcutan behandelt. Der Erfolg ist ein sehr guter, denn die geschilderten Erscheinungen sind bis auf ein Minimum geschwunden. Diese Form der Paralyse befällt meist jüngere Leute männlichen Geschlechts, sodass unsere 34jährige Frau eine Art Ausnahme darstellt.

Ausserdem traten bei der Kranken Blasenbeschwerden auf, eine seltene Complication. Dasselbe war bei einem 35jährigen Kaufmann der Fall. Der Kranke hatte sich 1888 inficirt und schon 1889 traten die ersten Symptome der Paralyse mit den gewöhnlichen Symptomen auf. In den folgenden Jahren gesellten sich Blasen- und Mastdarmbeschwerden hinzu. Der Kranke hatte eine grosse Anzahl Schmiercuren, eine subcutane Injectionscur und Jodkalium in immenser Quantität gebraucht, war mehrfach elektrisirt worden und hatte alle betreffenden Bäder besucht — Alles ohne Erfolg.

Hr. Rosenthal erinnert an den von ihm vorgestellten Fall von spastischer Spinalparalyse auf syphilitischer Basis mit Lähmungen von Seiten der Sphincteren. Die Pat. wurde so weit gebessert, dass sie Muth genug hatte, um nach Amerika auszuwandern.

Hr. Saalfeld frägt, ob die Pat. einen Nystagmus der Kehlkopfmuskulatur gehabt hat.

Hr. G. Lewin: Der Larynx, den ich untersucht habe, zeigte keine abnormen Erscheinungen.

Hr. G. Lewin stellt

3. Kranke mit syphilitischem Lichen, untermischt mit vulgären Acneknötchen, vor. Der Lichen hat ganz die Form und Erscheinung eines vulgären Lichen. Die Localisation beschränkt sich meist auf Brust und Rücken. Das Exanthem hat zum Theil halbmondförmige oder selbst kreisförmige Formen. Die Plaques bestehen aus einzelnen, zum Theil confluirenden Knötchen. Dazwischen differenziren sich einzelne Acneknötchen mit deutlichem Uebergang in Pusteln. Auch die Farbe der Acne unterscheidet sich deutlich vom Lichen.

Hr. Lassar betont, dass Herr Lewin zum ersten Mal seine Ansicht bestätigt hat, dass es eine Form kleinpapulöser Syphilide giebt, welche eine sehr weitgehende Aehnlichkeit mit Lichen ruber besitzt, was diagnostisch nicht ganz gleichgültig ist.

Hr. Lewin fügt hinzu, dass der syphilitische Lichen im Gegensatz zum vulgären nie juckt.

V. Hr. **G. Lewin: Ueber Leukoderma syphiliticum.** (Der Vortrag ist ausführlich publicirt in den Annalen der Charité, XVIII. Jahrg.)

Sitzung vom 9. Januar 1894.

Vorsitzender: Herr Lassar.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

1. Hr. **Schütte: Ueber die Behandlung der Sklerodermie.** S. stellt einen Bahnarbeiter vor, der an Skerodermie erkrankt war und der mit Salzbädern, Massage und Einreibungen von 2—5—10proc. Salicylvaseline mit gutem Erfolg behandelt wurde. Bourget in Lausanne hat ähnliche Beobachtungen veröffentlicht.

Discussion.

Hr. Lassar hebt hervor, dass durch diese neueren Erfahrungen die schon früher von ihm als Vermuthung ausgesprochene Wirkungsweise der Salicylsalben nunmehr weitere Bestätigung gefunden habe.

Hr. Lewin glaubt zwar an die Wirkung dieser Medicamente, doch tritt öfters nach Besserung des Sclerems dasselbe später wieder auf.

Hr. Schütte stellt ein Kind vor, welches in geringerem Maasse im Gesicht dieselben Erscheinungen aufweist, zugleich aber an Hemiatrophia facialis leidet. Die Behandlung war die gleiche.

2. Hr. **Peter: Ueber generalisirte Vaccine** mit Krankenvorstellung. P. stellt einen 5jährigen Knaben mit allgemeiner Pustelbildung vor. Derselbe litt seit frühester Kindheit an einem nässenden Ekzem und war daher nie geimpft worden. Am 4. October wurde seine zweijährige Schwester zum ersten Mal mit positivem Erfolge geimpft. Ungefähr 14 Tage später, als die Pusteln bei dem Mädchen in Blüthe standen, wurden beide Kinder in demselben Badewasser gebadet. In diesem muss sich die Lymphe suspendirt haben und an den der Epidermis beraubten Stellen haften geblieben sein. In ähnlichen Fällen, die in der Literatur beschrieben sind, handelt es sich meistens um eine Autoinoculation durch die kratzenden Finger. Nur 4 Beobachtungen finden sich, dass die Uebertragung auf eine zweite Person eine Generalisation der Vaccine bewirkt hat. Während Dietter aus der Münchener Kinderklinik, ebenso wie eine Reihe älterer Autoren die Generalisation durch eine Art Metastasirung des Impfstoffes auf dem Wege der Lymphbahnen annehmen, scheint es einfacher, rein mechanische Verbreitung der Lymphe auf der Körperoberfläche vorauszusetzen.

Discussion.

Hr. Ledermann hat vor einigen Wochen einen Knaben mit generalisirter Vaccine behandelt, bei dem auch solche Stellen befallen waren, an welchen mit den Fingern nicht gekratzt werden konnte, z. B. zwischen den Schulterblättern. Wenn man also nicht eine Infection durch Verschiebung der Kleider annimmt, so muss man doch auf eine Verbreitung durch den Lymphstrom zurückgreifen.

3. Hr. **Georg Lewin** stellt einen Melker vor, der zwei **warzenähnliche Tumoren** an den distalen Capitula des zweiten Gliedes beider Daumen und zwei **fistulöse Geschwüre** zwischen den ersten und zweiten Fingern zeigt. Die Tumoren sollen beim Melken dadurch entstehen, dass er, während die 4 Finger an die eine Seite des Euters angelegt sind, die flectirten Daumen gegen die andere Seite drückt. Sämmtliche Melker sollen solche Höcker haben. Es handelt sich also um eine noch nicht erwähnte Gewerbekrankheit. Bei den Geschwüren zwischen den Fingern, die Kuhhaare enthielten, handelt es sich wohl um anfängliche Erosionen, die durch Unreinlichkeiten gereizt wurden.

Discussion.

Hr. Lassar erinnert an die Aehnlichkeit dieser Affection mit Leichentuberkeln.

Hr. Lewin: Gegen Leichentuberkel spricht die glatte, trockene Oberfläche. (Eine spätere Untersuchung bestätigte die Abwesenheit von Tuberkelbacillen.)

4. Hr. **Ledermann** stellt einen Patienten vor, der im Jahre 1890 syphilitisch inficirt, mehrfache Recidive hatte und dementsprechend verschiedene Curen durchgemacht hatte. Im November bemerkte er beim Aufstehen von seinem Sitze, dass das linke Bein eingeschlafen war. Es bestand ein Kältegefühl; der Gang war unsicher, schwankend, spastisch. Es bestanden sehr erhöhte Patellarreflexe, besonders links, und Fussclonus. Nebenbei waren ziehende Schmerzen im linken Bein bis zur Hüfte aufwärts vorhanden. Ausserdem Lähmungserscheinungen von seiten der Blase und des Mastdarms. Diagnose: Process im Lumbartheil des Rückenmarks. Behandlung: Jodkali innerlich (pro die 3—5 gr) und Application von Inunctionen mit Resorbinquecksilber (3 gr pro die). Die Erscheinungen sind sämmtlich im Rückgang begriffen. Der Kranke ist jetzt im Stande, ohne Stock zu laufen.

Discussion.

Hr. Casper fragt, ob die Blasenstörungen zurückgegangen sind.

Hr. Ledermann bejaht es, möchte jedoch darauf kein Gewicht legen.

Hr. Isaac fragt, ob nach Ansicht des Herrn Ledermann eine Pseudotabes syphilitica oder eine beginnende Tabes vorliegt.

Hr. Ledermann glaubt, dass durch gummöse Wucherungen in den Rückenmarkshäuten eine Compressionsmyelitis in der Gegend des Lumbalmarkes entstanden ist.

Hr. Isaac möchte in solchen Fällen gleich mit grossen Dosen von Mercur vorgehen.

Hr. Ledermann: Der Patient hat auch so schon eine starke Gingivitis bekommen.

5. Hr. **Heller: Leucoderma non specificum.** Herr H. stellt eine junge Dame vor, die auf Hals und Nacken eine grosse Anzahl kleiner, pigmentloser Flecken zeigt, von denen einige etwas narbigen Charakter haben. Würde zufällig das nicht der Fall sein, so würde eine Affection vorliegen, die man ohne Weiteres für Leucoderma zu halten genöthigt wäre.

Discussion.

Hr. G. Lewin: Erst in den letzten Tagen stellte Herrn L. ein College seine 13jährige Schwester vor, bei der seit Jahren ein ausgesprochenes Leucoderma besteht.

6. Hr. **Immerwahr** demonstrirt aus Dr. O. Rosenthal's Klinik einen **Diplococcus aus der männlichen Urethra**, welcher mit dem Gonococcus Neisser grosse Aehnlichkeit hat. Derselbe findet sich gleichfalls um den Zellkern der Epithelien gelagert, er entfärbt sich nach Gram und er wächst auch auf den gewöhnlichen Nährböden. Die isolirten Kokken messen ungefähr 1 μ. Seine Colonien sind von grauer Farbe und verflüssigen sich nicht auf Gelatine. Vortr. hält den von ihm gefundenen Diplococcus für identisch mit dem von Hugoneng und Eraud[1]) im Februar 1893 beschriebenen Orchiococcus.

Discussion.

Hr. Leopold Casper ist nicht davon überzeugt, dass es sich um einen neuen Diplococcus handelt.

---

1) Sur un microbe pathogène de l'orchite blennorrhagique: Note de Mm. Hugoneng et J. Eraud, présentée par Mr. Brouardel. Comptes rendus, Févr. 1893.

Hr. Immerwahr macht auf die bereits erwähnten Unterschiede aufmerksam.

An der Discussion betheiligen sich noch die Herren Lewin, Casper, Rosenthal, Heller und der Vortragende.

7. Discussion über die Krankenvorstellung und den Vortrag des Herrn **Heller: Ueber Leucoderma non syphiliticum.**

Hr. Isaac hält es für fraglos, dass man das Leucoderma auch hier und da bei nicht Syphilitischen antreffe, behauptet aber, dass diese Fälle von den specifischen leicht zu unterscheiden sind. Er möchte das Leucoderma als diagnostisches Hülfsmittel nicht gern entbehren.

Hr. Rosenthal hält den Fall wegen der vorhandenen Narben nicht für beweiskräftig.

Hr. Heller behandelte jetzt ein Mädchen von 8 Jahren mit einem specifischen Leucoderma.

An der Discussion betheiligen sich noch die Herren Ledermann, Isaac, Rosenthal und Heller. Ferner:

Hr. G. Lewin hat mehrmals nicht syphilitische Mädchen mit charakteristischem Leucoderma abgebildet und vorgestellt. Es wäre falsch, auf ein derartiges Symptom hin eine erneute Behandlung einleiten zu wollen.

Hr. Lassar rechnet die Leucodermie zu den post-syphilitischen Affectionen. Dieselbe schwindet allmählich von selbst.

Hr. Palm verweist auf einen Vortrag von Haslund. Derselbe behauptete, dass an den Stellen, wo Leucoderma vorhanden ist, keine Haare wachsen, während Neisser die Behauptung aufstellt, dass die Haare auf leucodermatischen Flecken ganz intact blieben. Haslund construirt daher auch eine Alopecia leucodermatica.

Sitzung vom 13. Februar 1894.

Vorsitzender: Herr Lassar.
Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Hr. **Mendel: Die im höheren Lebensalter erworbene Syphilis und die Krankheiten des Nervensystems.** (Der Vortrag ist anderweitig veröffentlicht.)

Discussion.

Hr. Born berichtet über 11 Fälle von Syphilis im höheren Lebensalter, welche in den letzten 10 Jahren in der Klinik von Prof. Lassar beobachtet worden sind. Diese Zahl stellt den Bruchtheil eines Procentsatzes aller an Syphilis Erkrankten dar: sie verhält sich z. B. zu den extragenitalen Infectionen wie 1 : 25. Das Alter der Pat. bewegte sich zwischen dem 61. und 64. Lebensjahr; dem Geschlecht nach waren 3 weiblich, 8 männlich. Von Seiten des Nervensystems sind in diesen Fällen keinerlei Erscheinungen beobachtet worden, ebenso kann über den leichteren oder schwereren Verlauf der Krankheit während der Zeit der Beobachtung nichts Besonderes berichtet werden.

Hr. G. Lewin: Unter dem grossen Contingent Syphilitischer sowohl in meiner Hospital- als in meiner Privatpraxis befanden sich nur sehr wenige ältere Personen, welche an Gehirnkrankheiten litten. Dass solche Kranke sehr selten sind, zeigt auch die geringe Zahl der von Herrn Mendel aus seiner so umfangreichen Praxis angeführten Fälle.

Ich habe vor mehreren Jahren ca. 600 Fälle maligner Syphilis zusammengestellt. Darunter waren vielleicht 10 Fälle von Gehirnkrankheiten und unter diesen kaum 4—5 Kranke über 40 Jahre. Mir kam es vorzüglich auf die anamnestischen Momente an, und zwar welche Curen diese Kranken durchgemacht hatten. Ich erinnere mich nur einer Frau von 42 Jahren.

Die Diagnose der Gehirnsyphilis ist sehr schwierig. Von grösstem Werthe bei der Diagnose sind gleichzeitig vorhandene syphilitische Complicationen. Bei dieser Gelegenheit will ich darauf aufmerksam machen, dass das Hg, in welcher Form man es auch anwendet, Gehirnerscheinungen, wie z. B. Schwindel, Ohnmachtsanfälle etc. erzeugen kann, welche den syphilitischen Gehirnerkrankungen ähneln. Hier entscheidet nur die Wirkung des Hg. Nehmen die Erscheinungen bei der Hg-Cur zu, so liegt Hydrargyrose vor, umgekehrt Lues.

In Bezug auf die Syphilis alter Leute bemerke ich, dass ich bei solchen, die schon vor längerer Zeit dieselbe acquirirt hatten, oft gerade gutartige Formen angetroffen habe. Ich behandelte vor Kurzem einen Herrn mit Condylomata lata oris, welcher vor 28 Jahren inficirt war und mehrfache Curen durchgemacht hatte.

Hr. Rosenthal hat erst wieder in letzter Zeit mehrere einschlägige Fälle beobachtet. Es ist ihm aber bisher nicht aufgefallen, dass das Nervensystem besonders früh ergriffen worden wäre. Vorsicht ist hierbei um so mehr am Platze, weil eine cerebrospinale Syphilis sich in einer früheren Periode zeigt, als man bisher annahm. R. erinnert an die Statistik von Mauriac, nach welcher in der Majorität der Fälle das Nervensystem schon in den ersten Jahren nach der Ansteckung ergriffen wird. Wenn also schon bei jungen Leuten das Centralnervensystem so früh afficirt wird, so muss man mit Schlüssen um so vorsichtiger sein, wenn bei älteren Leuten kurze Zeit nach der Infection cerebrale Erscheinungen auftreten.

Auch in dem Lehrbuche von Hutchinson, dass sich durch viele casuistische Beiträge auszeichnet, hat R. nicht finden können, dass alte Leute besonders häufig von Nervenaffectionen betroffen werden; die Krankengeschichten lehren eigenthümlicherweise — vielleicht ist das ein Zufall — das Gegentheil.

Was die Malignität der Syphilis bei nicht behandelten Personen betrifft, so glaubt R., dass die Acten über diesen Punkt noch nicht geschlossen sind. Es giebt bisher noch keine genügende Erklärung dafür, warum in einzelnen Fällen die Syphilis bösartig verläuft und in anderen nicht. Man sieht cachectische Leute, deren Syphilis gutartig ist, und andererseits robuste Leute mit malignem Verlauf ihres Leidens.

Die Ursache dieser Thatsachen ist eben so wenig bekannt, wie die Momente, welche für den Phagedänismus eines Schankers prädisponirend wirken. Ein stricter Beweis hierfür ist der Umstand, dass ein phagedänisches Ulcus sich nicht unbedingt auf ein anderes Individuum überträgt. Und so scheint auch bei specifischen Gehirnaffectionen das Alter des Patienten nicht das ausschlaggebende Moment zu sein.

Hr. Renvers: Der Verlauf der Syphilis bei alten Leuten wird sehr durch die Beschaffenheit des Gefässsystems beeinträchtigt. Besteht bereits zur Zeit der Infection eine Arteriosklerose der Hirngefässe, so ist im Verlauf der Syphilis ein Fortschreiten des arteriosklerotischen Processes die Regel und diesem entsprechend treten dann die bekannten Schädigungen des Cerebrospinalnervensystems ein. Nach meinen eigenen Beobachtungen am Obductionstisch sind die specifisch syphilitischen Veränderungen im Cerebrospinalnervensystem bei älteren Leuten seltener

wie die erwähnten durch die Syphilis verschlimmerten arteriosklerotischen Gefässveränderungen.

Hr. Isaac berichtet über einen 60jährigen Herrn, den er 4 Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte. Derselbe hatte damals eine Sklerose mit manifesten Consecutiverscheinungen. Er machte mehrere Hydrarg.-Curen durch. Zu Anfang des vorigen Jahres stellte er sich wieder vor mit sehr heftigen Kopfschmerzen und frontalen sowie parietalen Verdickungen der Schädelknochen. I. rieth zu einer gründlichen Cur, aber der Pat. nahm nur Jodkali; vor 2 Monaten stellte er sich wieder vor mit einer Facialisparese, einer Parese des Abducens und einer Oculomotoriuslähmung. An den Extremitäten bestanden theils Erscheinungen von Anästhesie, theils klagte Pat. über intensives Brennen.

Nach einer Inunctionscur ist eine Besserung eingetreten; die Facialisparese und die Oculomotoriuslähmung wollen jedoch nicht recht weichen.

Hr. Blaschko: Die Entscheidung der Frage, ob die Syphilis, welche im späteren Alter erworben wird, prädisponirend für Erkrankungen des Centralnervensystems ist, wird erschwert einmal durch den Umstand, dass eine sehr geringe Anzahl von Individuen in solchem Alter Syphilis acquiriren, andererseits dadurch, dass wir Syphilidologen die Patienten bei ihren späteren inneren Erkrankungen gewöhnlich nicht mehr beobachten.

B. hat im Verhältniss zu seinem Material eine ziemlich grosse Anzahl von Erkrankungen in hohem Alter gesehen, aber darunter auch nicht einen einzigen Fall von Erkrankung des Centralnervensystems, man müsste denn gerade einen Fall von doppelseitiger Retinitis optica hierher rechnen, die bei einem 61jährigen Manne im 3. Jahre der Erkrankung auftrat.

Es wird ja namentlich von französischen Autoren die Ansicht vertreten, dass die im höheren Alter erworbene Syphilis besonders schwer ist; gerade im Gegensatz hierzu ist B. in all' den Fällen, die er beobachtet hat, immer erstaunt gewesen, wie verhältnissmässig leicht die Leute die Krankheit überstanden haben. B. hat sich das so erklärt, dass im Allgemeinen die Männer, die in so hohem Alter noch im Stande sind, Lues zu acquiriren, auch noch eine grössere Lebenskraft besitzen, als sonst Männer in diesem Alter..

Sicher wird auch unter den alten Leuten ein gewisser Procentsatz an nervösen Erscheinungen erkranken, ob aber das Verhältniss von Erkrankungen des Centralnervensystems zur Gesammtsumme der Secundärerkrankungen bei ihnen ein anderes ist, als bei solchen, die in jungen Jahren erkranken, wird freilich durch unser Material ebenso wenig entschieden werden, wie durch das der Neurologen allein. Vielleicht würde hier eine Sammelstatistik zum Ziel führen.

Hr. Lassar macht darauf aufmerksam, dass sich bei der Discussion wohl herausgestellt habe, wie gering im Allgemeinen das zur Verfügung stehende Beobachtungsmaterial sei und schlägt vor, dass vielleicht der Herr Vortragende eine Enquête veranstalten möge.

Hr. Lewin: Nach L.'s Erfahrung beträgt der Intervall zwischen Syphilis und Erkrankung des Nervensystems wenigstens $2^1/_2$ Jahre, worin auch die Mehrzahl anderer Autoren ihm beistimme.

Ferner muss L. feststellen, dass sich bei den 600 malignen Fällen, die er untersucht hat, herausgestellt hat, dass die schlimmste Form von Syphilis sich bei solchen findet, die sich überhaupt noch keiner Cur unterzogen hatten.

In der Charité hat L. nur sehr wenige Fälle von Gehirnsyphilis gehabt, bei denen Sectionen stattfanden. Der eine kann ein grosses Interesse beanspruchen: Eine gesunde Frau nahm ein hereditär syphi-

litisches Kind an die Brust. Sie inficirte sich, ihr eigenes, von ihr gleichzeitig genährtes Kind und ihren Mann. Das hereditär syphilitische Kind starb, das eigene Kind und die Mutter wurden behandelt und blieben eine Zeit lang gesund. Ihr Mann, etwa 40 Jahre alt, starb ziemlich rasch an Gehirnsyphilis. Es zeigte sich eine Arteriitis obliterans an der Stelle der Basilaris. Das eigene Kind kam nach 16 Jahren auf L.'s Abtheilung mit Lupus syphiliticus, wurde geheilt, heirathete bald darauf und bekam ein Kind, welches bald starb. L. fand an dem Kinde gummöse Processe. Der Mann starb auch bald darauf, doch kann L. nichts über seine Krankheit angeben, da er ihn nicht behandelt hat.

Hr. Rosenthal macht auf den Unterschied zwischen maligner und tertiärer Syphilis aufmerksam.

Hr. Mendel: Das „non liquet", mit welchem M. seinen Vortrag geschlossen, scheint durch die Discussion nicht beseitigt worden zu sein.

Speciell bemerkt M., dass er vollkommen die Ansichten von Herrn Renvers theile, dass in vielen Fällen die Syphilis bei alten Leuten dadurch schädigend wirkt, dass sie die Atherose verstärkt, und dass auch die specifische Behandlung noch die Atherose verstärkt. Aber das sind die Fälle, welche wohl oft tödtlich enden. Seine Fälle unterscheiden sich von diesen dadurch, dass sie im Wesentlichen geheilt sind. Durch die Heilungen wird aber die endgiltige Diagnose erschwert, da die Section fehlt.

2. Hr. **Renvers: Ueber syphilitische Gelenkerkrankungen.** (Der Vortrag ist anderweitig veröffentlicht.)

Die Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt.

3. Hr. **Isaac** stellt einen Fall von **Syphilis** vor, der sich durch seinen schnellen Verlauf auszeichnet. Der 25jährige Mann, bisher niemals krank, zog sich vor 2 Jahren eine Gonorrhoe zu. Vor $1^1/_2$ Jahren, im August, acquirirte er Lues (Iritis spec.) und wurde infolge dessen mit Injectionen behandelt. Später wandte er sich an I. mit folgenden syphilitischen Erscheinungen: Kleinpapulöses Syphilid über dem ganzen Körper, Polyadenitis und Recidiv der Iritis. Schmiercur von ca. 40 Einreibungen. Damals schon zeigte sich eine Zunahme des rechten Hodens, Jetzt macht Pat. äusserlich den Eindruck eines sehr kräftigen Menschen; in seiner Familie haben hereditäre Krankheiten nicht bestanden. — Ausser zahlreichen Rupiaherden zeigt er eine syphilitische Erkrankung beider Hoden. Der rechte Hoden ist in einen grossen Knoten verwandelt, der linke zeigte deutlich in das Hodenparenchym eingesprengte bohnengrosse Knoten. Die Nebenhoden sind frei. Der Fall ist wichtig aus folgenden Gründen:

1. Er bestätigt die alte Thatsache, dass ein kleinpapulöses Syphilid immer auf schwere Lues schliessen lässt.

2. Er zeigt, dass der von vornherein maligne Verlauf auch ferner ein maligner zu bleiben scheint.

3. Es ist merkwürdig, dass der Pat. nach knapp $1^1/_2$ Jahren derartige schwere Symptome einer visceralen Erkrankung hat.

Der Fall hat auch vielleicht noch insofern Interesse. als der Patient nach der Aufnahme in I.'s Klinik an so heftigen Gelenkschmerzen mit Fiebererscheinungen erkrankte, dass I. zunächst an einen nebenher bestehenden Gelenkrheumatismus dachte. Natr. salicyl. und Antipyrin hatten jedoch absolut keinen Einfluss, so dass angenommen werden muss, dass diese Gelenkaffection noch mit der Lues des Pat im Zusammenhang steht.

Sitzung vom 18. März 1894.

Vorsitzender: Herr Lassar.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

1. Hr. **Saalfeld** stellt einen 4jährigen Knaben mit **Lues acquisita** vor, bei dem der Uebertragungsmodus von Interesse ist. Der Stiefvater des Knaben acquirirte vor 3 Jahren Lues. Sein eigenes Kind, ein zweijähriger Knabe, hat erwiesenermaassen Lues congenita. Das vorgestellte Kind zeigt einen colossalen Bubo submaxillaris sin., Schwellung der rechten Submaxillardrüsen und Condylomata lata ad anum. Ferner sind beide Tonsillen hypertrophisch und auf der linken ist noch eine geringe graue Verfärbung (höchstwahrscheinlich dem Primäraffect entsprechend) sichtbar. Als Ansteckungsquelle ist jedenfalls der jüngere Bruder anzusehen.

2. Hr. **Peter: Ueber Pityriasis rubra** (mit Krankenvorstellung). (Der Vortrag ist in extenso in der Dermatologischen Zeitschrift I, 4 erschienen.)

Discussion.

Hr. Lassar weist darauf hin, dass vor einiger Zeit in der Gesellschaft ein den meisten Anwesenden, auch ihm, als Pityriasis rubra imponirender Fall vorgestellt sei, der sich hernach als Lichen ruber erwiesen habe. Der heute vorgestellte habe zu Anfang eine grosse Aehnlichkeit mit Psoriasis und Chrysarobin-Reizung erkennen lassen, doch sei der Verlauf und der negative Erfolg der Behandlung abweichend gewesen.

Hr. Fürst fragt, ob die Schleimhäute normal sind.

Hr. Peter: Ja, nur die Lippen sind aufgesprungen.

Hr. Heller: Hat die Urinuntersuchung etwas ergeben?

Hr. Peter: Nein!

Hr. Isaac findet es bemerkenswerth, dass fast alle Fälle, die bisher für Pityriasis rubra gehalten wurden, sich nachher als etwas anderes entpuppt haben. Er räth deshalb zur Vorsicht bei der Diagnose: Pityriasis rubra und glaubt, dass man auch bei dem vorgestellten Fall, da Drüsenschwellungen und Alopecie fehlen, die weitere Entwickelung des Krankheitsverlaufes abwarten müsse.

Hr. Peter: In dem ersten der von ihm erwähnten Fälle war es möglich, eine genaue anatomische Untersuchung anzustellen. Jucken ist bei diesem Kranken sehr gering. Drüsenschwellungen und Haarausfall sind während seines Aufenthaltes im Krankenhause in den letzten vier Wochen aufgetreten.

Hr. Lassar möchte sich der vorsichtigen Auffassung über den vorgestellten Fall anschliessen.

Hr. Gläntzer erinnert sich, das dieser Patient in der Poliklinik des Herrn Ledermann wegen einer hochgradigen universellen Psoriasis mit Chrysarobin behandelt wurde, wobei sich innerhalb weniger Tage eine allgemeine Dermatitis entwickelte.

Hr. Peter betont, dass die Aehnlichkeit mit Psoriasis zu Beginn der Erkrankung vorhanden war, dass aber die mangelnde Blutung beim Abkratzen der Schuppen die Spannung und Schrumpfung der Haut dagegen sprechen.

Hr. Gläntzer beruft sich auf die Diagnose des Herrn Ledermann.

Hr. Lassar dachte, wie gesagt, auch zuerst, es handle sich lediglich um Psoriasis mit Salbenreizung. Aber bei diesem Patienten ging der Process propagirend vorwärts, was doch bei einer Chrysarobinbehandlung im allgemeinen nicht zutrifft.

Hr. Peter wird daher ein Stück von der Haut des Patienten excidiren und von dem Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung Mittheilung machen.

3. Discussion über den Vortrag des Herrn **Renvers: Gelenkaffectionen und Syphilis.**

Hr. Rosenthal spricht über diejenigen Gelenkaffectionen, die zur Zeit des Eruptionsstadiums oder im präeruptiven Stadium auftreten. R. glaubt, dass dieselben häufiger sind, als es nach den Angaben in der Literatur zu sein scheint. Die Klagen der Patienten sind hierbei sehr gering. Grösstentheils sind die Gelenke selbst nicht afficirt, sondern es handelt sich dabei um pararticuläre Affectionen der Bänder, Muskeln oder Sehnen. R. ist der Ansicht, dass in diesem Stadium die Affectionen häufiger monoarticulär sind, und dass am häufigsten das Kniegelenk genau wie bei der Gonorrhoe befallen wird. In zweiter Linie steht das Ellbogengelenk. Diese Gelenke sind Traumen am häufigsten ausgesetzt.

Hr. Saalfeld berichtet über einen zweifelhaften Fall mit Gelenkschmerzen, der zuerst als Purpura rheumatica aufgefasst und ohne Erfolg mit Salicyl behandelt wurde. Nach einer Quecksilbercur trat Heilung ein.

Hr. Isaac ist der Ansicht, dass die Syphilidologen seltener Gelenkerkrankungen nach Lues zu sehen bekommen als die Chirurgen. I. selbst entsinnt sich aus seiner Praxis dreier hierher gehöriger Fälle. — Schuster führt bekanntlich 17 pCt. aller Gelenkerkrankungen, die nach Aachen zur Cur kommen, auf Lues zurück.

4. Hr. **Lassar: Ueber die Diagnose der Palmaraffectionen.** (Der Vortrag ist in extenso in der Dermatologischen Zeitschrift I, 3 erschienen.)

Hr. Rosenthal macht darauf aufmerksam, dass neben der Papel auch die Macula als Primärefflorescenz in der Hohlhand vorkommt.

Hr. Heller berichtet, dass bei den Clavi syphilitici ebenso wie bei den Cornua cutan. syphil. die Verhornung in unregelmässiger Weise insofern vor sich geht, als man inmitten völlig verhornter Zellen Inseln von nicht oder nicht völlig verhornten Zellen trifft. Diese unregelmässige Verhornung der syphilitischen Keratosen erinnert an das unregelmässige Knochenwachsthum bei Lues hereditaria.

Hr. Lassar wollte nur von Spätformen der Syphilis sprechen. Die anatomischen Untersuchungen auf diesem Gebiete können noch keine allgemeine diagnostische Verwerthung finden.

Sitzung vom 8. Mai 1894.

Vorsitzender: Herr Lassar.
Schriftführer: Herr Rosenthal.

Hr. **Saalfeld** stellte einen 28jährigen Mann vor, der seit 7 Jahren an einer **Acne varioliformis mit Recidiven** leidet und mit einer Resorcinborsalbe und innerlicher Verabreichung von Arsen behandelt wurde. Anfang April erkrankte der Mann an einem Ausschlag, den man — nach der Schilderung — a priori für einen Herpes zoster halten musste. Ob die Affection durch Arsen hervorgerufen ist, soll dahingestellt bleiben. Vor $1^1/_2$ Wochen kam nun der Patient wieder zu Herrn S. und gab an, dass er seit 5—6 Tagen an den Stellen, die ursprünglich befallen waren, Parästhesien habe. Es bestanden an den betreffenden Stellen noch rothbraune Färbung und Narben, so dass man annehmen kann, dass es sich

um einen Herpes zoster haemorrhagicus gehandelt hat. Bekanntlich führt die Acne varioliformis zu Narbenbildungen, und man wird daher vermuthen können, dass die Haut des Patienten eine gewisse Neigung zur Nekrotisirung zeigt.

Hr. Rosenthal bemerkt, dass bei jedem einigermaassen intensiven Ausbruch von Herpes zoster Narben zurückbleiben.

Hr. **Ledermann: 1. Fall von Sclerose der Harnröhre.** Patient acquirirte Weihnachten 1893 eine Gonorrhoe, an welche sich bald darauf eine rechtsseitige Epididymitis anschloss. Anfang März war die ganze Harnröhre bis zur Radix in eine starre infiltrirte Masse verwandelt, die sich besonders nach vorn in eine bulbusartige Infiltrationsmasse fortsetzte. Gleichzeitig bestanden Drüsenschwellungen, Roseola, so dass die Diagnose Syphilis gestellt werden konnte.

2. Fall von Sclerosis urethrae und Ulcus mixtum im Sulcus coronarius. Nach einer 4 Monate bestehenden Gonorrhoe inficirte sich Patient Weihnachten 1893 von neuem und zeigte in der Harnröhre ein starres Infiltrat, das geschwürig zerfiel, und starken Ausfluss ohne Gonokokken. In Sulco coronario bestand ein zweites Infiltrat, welches nachträglich zerfiel und einen Bubo inguinalis zur Folge hatte. Secundärerscheinungen traten zur Zeit ein. Schmiercur mit Resorbinquecksilber pro die 4 gr.

3. Rupia syphilitica im Frühstadium der Lues. Pat. inficirte sich vor 15 Wochen mit einem Ulcus an der unteren Seite des Penis. 10 Wochen später zeigte er ausser einer grösseren Anzahl Papeln und einer abgeblassten Reseola eine Rupia syphilitica, die sich, sonst eine Späterscheinung, hier in verhältnissmässig früher Zeit entwickelt hat. Man spricht hier wohl nicht gut von einer Syphilis maligna, weil sich der Mann in einem guten Ernährungszustand befindet. Besser ist wohl in solchen Fällen die Bezeichnung: Syphilis praecox. Beachtenswerth ist in diesem Falle die starke Schwellung der Pectoral- und Axillardrüsen.

4. Ulcus gummosum penis. Der Pat. hatte im Jahre 1887 einen Schanker, acquirirte Weihnachten 1893 wieder einen Schanker und wurde dann wegen eines linksseitigen Bubo operirt. Er hat sich im Jahre 1888 verheirathet. Die Frau gebar zuerst ein lebendes Kind im siebenten Monat, dann ein Zwillingspaar, das im 4. Monat todt zur Welt kam, und hatte schliesslich einen Abort von 6 Wochen. Wahrscheinlich war also der Schanker 1887 syphilitischer Natur. Der Weihnachten acquirirte Schanker war sicherlich weich. Nachträglich bildete sich nun, ohne dass eine Infection möglich gewesen war, wieder ein Geschwür im Sulcus coronarius mit tiefem Zerfall. Die Diagnose lautet Ulcus gummosum penis.

5. Psoriasis vulgaris palmaris abortiva. Es handelt sich um eine Psoriasis vulgaris, die dadurch bemerkenswerth ist, dass sich eine abortive Form am Handteller zeigt. Es bestehen dort kleine Plaques, ohne Infiltration, aber stark juckend. Auf dem Handrücken sind sehr deutliche psoriatische Stellen.

6. Sclerose der Wangenschleimhaut. Die Pat., eine 22jährige Frau, bemerkte vor 14 oder 16 Wochen ein Geschwür in der Wangenschleimhaut rechts und bald darauf eine Drüse in der rechten Submaxillargegend. Das Geschwür heilte bald. Sechs Wochen darauf erkrankte Pat. unter sehr heftigen rheumatischen Beschwerden und hohem Fieber. Sie musste 8 Wochen das Bett hüten und wurde in dieser Zeit mit antifebrilen Mitteln behandelt. Anfang April hörten plötzlich diese Erscheinungen auf, es entwickelte sich ein universelles papulöses Exanthem von einer ungewöhnlichen Stärke. Auf welche Weise die Infection zu Stande gekommen ist, lässt sich nicht genau sagen. Ein bei ihr wohnender Schwager wird von L. an Lues behandelt, so dass viel-

leicht durch ein Essgeschirr die Infection erfolgt ist. Der Mann der Pat., ein Phthisiker, ist nicht luetisch.

Hr. Rosenthal bestätigt aus seiner Erfahrung ein häufigeres Vorkommen von intraurethralen Sclerosen, als bisher angenommen wurde.

Hr. Grimm erinnert sich eine Primäraffection der Gingiva nach einer Zahnextraction gesehen zu haben (Berlin), der in der 4. oder 5. Woche ein syphilitisches Exanthem folgte.

Hr. Rosenthal berichtet über einen Fall, bei dem ebenfalls eine Infection durch ein zahnärztliches Instrument vorlag. Es handelte sich um ein junges Mädchen, welches ein schuppendes Exanthem am Körper zeigte. Der behandelnde College nahm Anstand, die Diagnose auf Lues zu stellen. Bei der Untersuchung konnte die Eingangspforte der stattgehabten Ansteckung nicht gefunden werden, nur die starke Anschwellung einer Unterkieferdrüse wies immer wieder auf den Kopf als den Ort der Uebertragung. Endlich fand sich eine geringfügige Induration des äusseren Zahnfleisches des Oberkiefers. Die auf diesen Punkt gerichtete Anamnese ergab, dass die Pat. vor so und so langer Zeit, die genau mit dem Ausbruch der Erscheinungen übereinstimmte, beim Zahnarzt gewesen war, und dass sie nachher längere Zeit an der betreffenden Stelle eine Wunde gehabt hatte, die sie auf Veranlassung des Zahnarztes mit desinficirenden Mitteln behandelte.

Hr. Schütte: Vor 5 Jahren war bei Herrn Prof. Bramann, damals noch in Berlin, ein Fall von Tonsillar-Ulcus, das zuerst auf Tuberculose, später auf Sarkom zurückgeführt wurde. Der Fall wurde Herrn Prof. Lassar übersandt, und es stellte sich heraus, dass es sich um eine Initialsklerose handelte.

Hr. Grimm hat zwei Fälle von primärer Infection der Mandeln gesehen (1 Berlin, 1 Yezo). In einem Falle folgte eine Eruption von Blasen auf der Haut, welche eine auffallende Aehnlichkeit mit Pocken hatten. Eine antiluetische Cur bestätigte die Diagnose.

Hr. Lassar macht auf die Bedeutung aufmerksam, welche einer Casuistik dieser Art für die Desinfection der zahnärztlichen und laryngologischen Instrumente zukommt. — Er führt dann eine Beobachtung an, wo ein specifischer Tonsillarschanker als vermeintliches Lymphosarkom operativ, jedoch mit letalem Ausgang in Behandlung genommen war.

Hr. **Richter** stellt einen 29jährigen Patienten vor, der mit einem eigenthümlichen **syphilitischen Exanthem** behaftet ist, für das R. keine passende Bezeichnung finden kann. Der Pat., der vor 8 Tagen in R.'s Behandlung kam, hatte seit 8 Tagen ein Geschwür an der Vorhaut, das sclerosirte und R. veranlasste, die Amputation der Vorhaut vorzunehmen. Der Pat. ist verheirathet und giebt an, zuletzt vor 6 Wochen mit seiner Frau den Coitus vollführt zu haben, gesteht aber auch zu, vor längerer Zeit einmal extra domum coitirt zu haben. Die Frau leidet seit 4 Wochen an einem specifischen Exanthem und ist deshalb ebenfalls in R.'s Behandlung. Der Pat., der früher wegen Psoriasis in der Charité behandelt ist, zeigt ein Exanthem, das jetzt schon etwas geschwunden ist. Es sind kleine Bläschen, kreisförmig angeordnet, wie beim Herpes iris. Einzelne Bläschen sind dann aufgeplatzt und es haben sich Ulcerationen gebildet. Die Affection juckt stark. Sie ist jetzt nicht mehr so deutlich zu erkennen wie früher, nur einzelne Efflorescenzen sind noch vorhanden.

Hr. Lassar erinnert sich eines ähnlichen Falles, den Herr Dr. Isaac behandelt und L. freundlichst gezeigt hat, und von welchem er daher ein plastisches Präparat besitzt. Es bestanden anfangs Zweifel, ob es sich um Psoriasis oder um Syphilis handele, aber die weitere Beobachtung zeigte, dass eine Papelbildung specifischer Natur vorlag.

Hr. Saalfeld: Man kann den vorgestellten Fall wohl auch rubri-

ciren unter die Diagnose Pemphigus syphiliticus. Die gewöhnliche Psoriasis hat doch eine andere Schuppenform, als sie sich hier zeigt.

Hr. **Lassar: Ueber Pytiriasis rubra.** (Der Vortrag wird anderweit in extenso veröffentlicht.)

Discussion.

Hr. Mankiewicz frägt, ob in dem vorgestellten Falle die Lymphdrüsen geschwollen sind.

Hr. Lassar bejaht die Frage, doch ist die Schwellung jetzt zurückgegangen.

Hr. **Schütte** stellt einen Fall vor, welcher wegen seiner Seltenheit und seiner Ausbreitung — es handelt sich um **Lupus erythematodes** — von Wichtigkeit ist. Die Affection trat zuerst im Gesicht auf und verbreitete sich dann weiter auf dem Körper. Die Behandlung war ursprünglich eine expectative, später wurde der Fall specifisch behandelt, da einzelne Stellen auf eine specifische Infection deuteten. Es stellte sich aber heraus, dass die Affection einzig und allein ein Lupus erythematodes sein konnte. Man sieht einen Fall in dieser generalisirten Form nur höchst selten; der ganze Körper ist befallen. In dieser Weise besteht die Entwickelung erst seit 7 Wochen.

Im Anschluss daran stellt S. einen zweiten Fall vor, der schon etwas behandelt und deshalb nicht mehr so deutlich zu erkennen ist.

Ein dritter Patient ist leider nicht erschienen.

Hr. Lassar: Es wäre vielleicht von Interesse, festzustellen, ob in der That diese grosse Ausbreitung des Lupus erythematodes so selten ist oder ob sie häufiger gesehen wird. L. selber kennt allerdings nur einen Fall von dieser starken Ausdehnung, der von 1889 bis 1890 in seiner Beobachtung blieb.

Hr. Isaac hält die Pyrogallussäure für das beste Mittel bei der Behandlung des Lupus erythematodes. Von der Anwendung des Paquelin ist er zurückgekommen.

Sitzung vom 13. Juni 1894.

Vorsitzender: Herr Lassar.
Schriftführer: Herr Saalfeld.

I. Hr. **Joseph**: Vorstellung eines Falles von **Urticaria pigmentosa.**

Es handelt sich um einen 19jährigen Bäcker, welcher den Process, wie alle diese Kranken, seit frühester Kindheit durchgemacht hat. Nach Angabe der Angehörigen soll schon ganz früh die Quaddelbildung begonnen haben. Im Anschluss daran stellten sich dann Pigmentirungen ein, und es blieben an den betreffenden Stellen Flecke zurück. Der Kranke sah scheusslich aus, so dass er in der Schule oft geneckt wurde und sich vielfach in Behandlung begab, aber ohne Erfolg. Das Leiden besteht noch jetzt. Es zeigen sich am ganzen Körper vertheilt eine Anzahl mehr oder minder grosser brauner Flecke, an den oberen Extremitäten etwas mehr geröthet, als an den unteren. Die Flecke sind jetzt bei Abendlicht und vielleicht auch dadurch, dass der Pat. etwas schneller gegangen ist, heller als bei Tage. Wenn man den Pat. schlägt oder sticht, so tritt an der betr. Stelle sofort eine Urticaria auf. Bei der Excision einer Hautstelle war es interessant, dass in dem Augenblick, wo die Cocaineinspritzung gemacht wurde, sich sofort in dem ganzen

Bereich eine colossale Quaddelbildung einstellte. Im Allgemeinen hat aber die Quaddelbildung von Kindheit an bis jetzt nachgelassen, nur die Pigmentirung bleibt, und von ihr ist jetzt auch das Gesicht befallen.

Eine Verwechselung mit anderen Affectionen ist nicht möglich. Man könnte vielleicht an eine einfache Urticaria denken, doch erfolgt da nicht Pigmentirung. Nun hat allerdings Raymond eine Urticaria mit Pigmentbildung aufgestellt. Diese beginnt aber erst im späteren Lebensalter, während die Urticaria pigmentosa sich in frühester Kindheit, in einigen Fällen sogar intrauterin einstellt.

Ueber die Aetiologie wissen wir nichts, die Prognose ist günstig, es hört allmählich die Quaddelbildung auf, nur die Pigmentirung bleibt, ohne dass jedoch der Pat. dadurch belästigt wird. Es ist bei unserem Pat. Alles versucht, was in der Literatur empfohlen wird, es ist sowohl Atropin als auch Natr. salicyl. angewendet, aber ohne Erfolg.

Um den mikroskopischen Befund festzustellen, haben wir ein Stück excidirt und zwei Präparate aufgestellt. In dem einen, rechts, sieht man nur Pigmentirung, links Mastzellen in der Nähe der Gefässe. Seitdem Unna auf der Berliner Naturforscherversammlung darauf hingewiesen hat, dass die Urticaria pigmentosa als eine Geschwulst von Mastzellen aufzufassen ist, hat der Streit darüber noch nicht aufgehört. Es lässt sich, besonders bei Betrachtung der damals von Unna publicirten Abbildung, nicht leugnen, dass hier in der That der Eindruck einer Geschwulstbildung von Mastzellen erweckt wird. Nach meinen noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen kann ich diese Anschauung im Wesentlichen bestätigen, doch behalte ich mir hierüber eine ausführlichere Mittheilung vor.

II. Hr. **Rosenthal** stellt einen Fall von **Erythema bullosum,** alias **Pemphigus,** vor. Die Affection hat sich von der Lendengegend aus nach den unteren Extremitäten hin entwickelt, und als R. den Pat. vor wenigen Tagen zum ersten Male sah, war auch eine Blaseneruption auf der Schleimhaut des Mundes, der Zunge und der rechten Conjunctiva vorhanden. Es bestehen drei Arten von Erscheinungen: grosse solitäre Blasen, solche, die in kreisförmigen Gruppen angeordnet sind, und erythematöse Flecke mit cyanotischem Centrum. Der Fall bestätigt die Ansicht R.'s, dass eine ganze Gruppe von blasenförmigen Eruptionen aus der Gruppe Pemphigus auszuscheiden und dem Erythema bullosum, einer Morphe des Erythema exsudativum multiforme, hinzuzurechnen sind.

Discussion.

Hr. Ledermann frägt den Vortragenden, welche Gründe ihn bestimmt haben, diesen Ausschlag, der mit Blasenbildung, theilweise in serpiginöser Anordnung, einhergeht und neben den Blasen auch ein Erythem zeigt, dem Erythema bullosum zuzurechnen, und nicht der bullösen Form der Dermatitis herpetiformis.

Hr. Joseph möchte in Bezug auf die Diagnose Herrn Rosenthal beistimmen, nur weiss er nicht, weshalb man auf die Diagnose Pemphigus kommen soll. Wenn wir an dem von Hebra aufgestellten Typus festhalten, dass ein Pemphigus eine chronische, in gewissen Abständen sich wiederholende Blaseneruption ist, so kann man hier doch garnicht an Pemphigus denken.

Hr. Rosenthal erwidert, dass die Diagnose Pemphigus deshalb ausgesprochen wurde, weil eine grosse Menge solitärer Blasen vorhanden sind. Was den chronischen Verlauf anbetrifft, so ist der Fall erst seit wenigen Tagen zur Cognition gekommen und in Folge dessen kann darüber ein Urtheil nicht abgegeben werden. Ausserdem giebt es mit Bestimmtheit Formen von Pemphigus, die heilbar sind. Aber es wird die

Aufgabe der nächsten Zeit sein, aus dem Sammelbegriff Pemphigus alle Fälle auszuscheiden, die nicht hineingehören.

Was die Bezeichnung bullöse Form der Dermatitis herpetiformis anbetrifft, so ist die Dühring'sche Krankheit noch nicht allgemein anerkannt und daher auf diesem Boden keine Einigung zu erzielen.

III. Hr. **Ledermann: Krankenvorstellung.**

Der Pat., welcher vielleicht mit Bezug auf die von Herrn Isaac kürzlich angeregte Frage, ob extragenitale Infectionen einen schweren Verlauf nehmen, einiges Interesse darbieten dürfte, acquirirte vor einigen Wochen einen Primäraffect an der Oberlippe. Bald darauf stellten sich schwere Allgemeinerscheinungen ein; der Kranke magerte ab, wurde elend und macht jetzt den Eindruck eines schwerkranken Phthisikers. Neben dem papulösen Exanthem, das jetzt im Gesicht und auf der Brust noch vorhanden ist, zeigt der Kranke ein tiefes kraterförmiges Ulcus der Uvula, sowie eine tiefe Ulceration der linken Tonsille, welche fast völlig durch den Geschwürsprocess zerstört ist. Auf Quecksilber reagirt der Kranke sofort mit starker Salivation. Dagegen scheint er sich unter Jodkali und Schwitzcur zu bessern.

IV. Hr. **Lassar** bespricht, an der Hand zweier Krankenvorstellungen, die Behandlung des **Melanosarcoms.** In beiden Fällen hatte sich die Geschwulstbildung an dunkel schwarzbraun gefärbte Pigmentmäler der Brustgegend angeschlossen. Bei dem einen war zweimal operirt worden. In der Narbe und ihrer Umgebung sind alsbald neue Tumoren entstanden. Der Patient wird jetzt versuchsweise einer Arsencur unterzogen.

Unter dem Einfluss einer solchen ist die andere vorgestellte Patientin zur Zeit geheilt. Die über kirschgrosse Geschwulst war bei internem Arsengebrauch innerhalb einiger Monate ganz verschwunden.

Discussion.

Hr. Mankiewicz: Die Metastasirung und Verbreitung dieser Geschwülste erfolgt bekanntlich auf dem Wege der Gefässbahnen. Erst gestern hat Herr Prof. Israel in der „Freien Vereinigung der Chirurgen" einen Fall von Lebersarcom demonstrirt, in welchem sich in einem erweiterten Gefäss ein Geschwulsttheil fand. Es handelte sich um einen pigmentirten Tumor, und der Fall bewies deutlich, dass die Verbreitung auf dem Wege der Gefässbahnen vor sich geht. Es fragt sich nur, ob bei der Operation Alles in genügendem Maasse fortgenommen wird, und ob speciell die in der Nähe gelegenen Gefässe soweit entfernt werden, dass eventuell schon vorhandene Geschwulstpartikelchen mit beseitigt werden. Gewöhnlich handelt es sich hier bei der Operation weniger um eine Radicaloperation, als um ein Object zur mikroskopischen Untersuchung, und diese Probeexcisionen sollte man unterlassen. Ich würde also vorschlagen, falls man operativ vorgehen will, ganz weit entfernt vom Tumor und in sehr grosser Ausdehnung die Geschwulst im Gesunden zu excidiren. Dann wird sich die Prognose vielleicht bessern.

Hr. Wechselmann: Die Versuche, in grosser Ausdehnung zu exstirpiren, haben schon bei einfachen Sarcomen, geschweige denn bei melanotischen, zu keinem Resultat geführt. Aus der Arbeit von Nasse aus der Bergmann'schen Klinik geht hervor, dass bei Sarcomen der unteren Extremität, auch wenn im Hüftgelenk exarticulirt wurde, bei solchen am Arm, auch wenn der ganze Schultergürtel fortgenommen wurde, sich doch noch sarcomatöse Thromben in den Venen centralwärts fanden. Diese Fälle werden also nicht geheilt, sie sterben ausnahmslos an Metastasen, selbst wenn die Operation sehr ausgedehnt gemacht wird.

Hr. Saalfeld hat den ersten von Herrn Lassar vorgestellten Patienten früher wegen einer Gonorrhoe behandelt. Vordem hatte Pat. Lues und Hr. S. ist der Meinung, dass der Fall möglicher Weise dadurch complicirt wird. Bei der Behandlung vor ca. 2 Jahren bemerkte Hr. S. auf dem linken Oberschenkel des Pat. einen kleinen schwarzen Fleck und schlug dem Pat. die Exstirpation vor, die aber von diesem abgelehnt wurde.

Hr. G. Lewin: Bei einer Anzahl mit pigmentirten Hautsarcomen behafteten Kranken habe ich diese aus einem kleinen und schwachen Pigmentfleck sich entwickeln sehen. Ich habe einen solchen Kranken früher hier vorgestellt. Sehr allmählich erheben sich diese Flecken und bilden sich immer mehr zu den charakteristischen Geschwülsten aus. In manchen Fällen wirkt Arsen erfolgreich. Da nach Erysipel bisweilen eine vollständige Heilung beobachtet worden, so müsste eine Methode erfunden werden, Erysipelkokken gefahrlos einzuimpfen.

Hr. Benda: Der von Herrn Mankiewicz erwähnte Befund von sarcomatösen Venenthromben würde nur beweisen, dass dieser Weg der Metastasenbildung möglich ist, aber nicht, dass er der einzige ist. Die Vertheilung der Sarcommetastasen pflegt viel weniger dem Bilde der von einem Herde sich generalisirenden Infection zu entsprechen, als dies z. B. selbst beim Carcinom der Fall ist. Im vorliegenden Fall würde das Auftreten der secundären Geschwulsteruptionen sich weder einer Blutgefäss-, noch einer Lymphgefässanordnung anfügen.

Hr. Mankiewicz kennt die erwähnte Arbeit von Nasse auch, aber da sind meist weit vorgeschrittene Fälle beschrieben, bei denen es häufig zu spät ist. Lässt der Patient sich zeitig genug operiren, so ist doch vielleicht Aussicht auf Rettung vorhanden; wenn der in Frage stehende Patient sich vor 2 Jahren seinen Naevus pigmentosus am Oberschenkel hätte entfernen lassen, wie ihm vorgeschlagen war, wäre er nach M.'s Ansicht noch heute gesund.

Hr. Lassar: Um zunächst dem zu entgegnen, was Herr Mankiewicz bezüglich der Operation sagt, so sind in der Literatur zahlreiche Beobachtungen verzeichnet. Z. B. hat Herr Rydigier den linken Hoden kastrirt, nach vier Wochen begann jedoch im rechten die Metastase.

Ueberhaupt ist alles, was man nach dieser Richtung ausdenken kann, versucht — aber vergeblich. Auch die prophylaktische Exstirpation kann bedenkliche Folgen haben.

Gerade deshalb erschien es mir von Werth, einen durch Arsen frühzeitig und günstig behandelten Fall vorzustellen. Dass Pat. Syphilis durchgemacht hat, ist mir bekannt; dieselbe ist auch von den vorbehandelnden Herren Collegen berücksichtigt worden. Doch scheint sie in keinem Zusammenhang mit dem jetzigen Leiden zu stehen. Auch sind die antisyphilitischen Curversuche, wie zu erwarten, ohne Wirkung auf die Geschwülste geblieben.

V. Hr. G. Lewin: Die von Baccelli empfohlenen **intravenösen Injectionen** sind oft schwer auszuführen. Bei einzelnen Kranken, namentlich Frauen, finden sich gar keine dafür brauchbaren Venen und die wirklich brauchbaren kann man nicht so viel benutzen, wie es nöthig ist. Ausserdem sticht man trotz grosser Vorsicht bisweilen nebenbei. Aber auch Tromben können sich bilden. In einem Falle entwickelte sich eine Periphlebitis, die aber gut verlief. Es fragt sich übrigens, ob das direct in das Blut injicirte Sublimat nicht leicht Nephritis und Enteritis erzeugen kann. — Ich glaube, dass man diese Methode nicht ambulatorisch, sondern nur in Krankenhäusern ausführen kann. Bisher habe ich nur bei zwei Kranken Erfolge erzielt. Die eine litt an Rupia, die andere an einem Gumma der Nasenspitze, einem seltenen Falle.

VI. Hr. **Wassermann:** Ueber **Lymphaemia cutis.** (Der Vortrag ist in extenso in der Dermatologischen Zeitschrift, Bd. I, erschienen.)

Discussion.

Hr. Joseph fragt, ob die Hauterkrankung stark juckend war.

Hr. Wassermann: Durchaus nicht.

Hr. Joseph: Das interessirt insofern, als uns eine Hauterkrankung bekannt ist, welche im Zusammenhang mit Pseudoleukämie auftritt. Vor einigen Jahren hat Herr J. zwei solcher Fälle publicirt, die zur Section kamen. Es fand sich in beiden eine typische Dermatose, die allerdings mit der hier beschriebenen keine Aehnlichkeit hat. Es war das eine Pseudoleukaemia cutis. In diese Categorie gehören auch die Fälle von Arning, Wagner und Westphal. Wagner hatte seinen Fall als Prurigo bei lymphatischer Anämie beschrieben. Diese Diagnose ist wohl hier ausgeschlossen, da Prurigo stets in frühester Kindheit beginnt. Auch der erste Kranke des Herrn J. hatte anfangs Urticaria, später eine stark juckende Knötchenbildung, er kam immer weiter herunter und ging schliesslich zu Grunde. Dieses Symptomenbild wiederholt sich immer: eine stark juckende Hauterkrankung, die ähnlich wie Prurigo beginnt. Der vorgestellte Fall dagegen hat, wie es scheint, grosse Aehnlichkeit mit den Erscheinungen, welche Kaposi als Leukaemia cutis oder Lymphodermia perniciosa beschrieben hat.

Hr. Lewin: Der Fall zeigt wieder die Relationen zwischen Hautkrankheiten und Erkrankungen innerer Organe, ein Standpunkt, der namentlich von Hebra bekämpft wurde.

Hr. Lassar ist einer der wenigen, welche den Fall ausser den beobachtenden Aerzten gesehen haben. Herr L. sagte damals, er könnte den Fall nicht unterbringen, er würde ihn am meisten vergleichen können mit einem Erythema exsudativum, aber es fehlte die Hyperämie; die Haut war anscheinend unter dem Einfluss einer lymphatischen Exsudation geplatzt.

Sitzung vom 10. Juli 1894.

Vorsitzender: Herr Lewin.
Schriftführer: Herr Rosenthal.

I. 1. Hr. **Meissner** zeigt ein Präparat von **Spindelzellensarcom,** mehr der Art der polymorphen Sarcome angehörend. Dasselbe stammt von einem jungen Mann, den Herr Lassar in der vorigen Sitzung mit vielfachen Metastasen eines melanotischen Tumors vorgestellt hatte. Pigmentablagerung ist, wie das bei ähnlich entstandenen Tumoren häufiger vorkommt, nicht vorhanden.

2. Ferner stellt Herr M. eine Patientin vor, bei der sich aus einem über dem rechten Auge befindlichen Pigmentfleck eine kleine Geschwulst entwickelt hat. Dieselbe stellte sich bei der Untersuchung als ein **Carcinom** heraus, ebenfalls frei von Pigment. Da diese Tumoren nicht zur Metastasirung neigen, so dürfte eine eventuelle operative Entfernung von günstigerer Prognose sein.

Hr. Lewin frägt, ob hier auch Arsenik versucht worden ist.

Hr. Lassar: Arsen wurde angewendet und eine erhebliche Besserung erzielt. Die Frau blieb dann $^1/_4$ Jahr lang aus und ist erst jetzt wiedergekommen.

II. Hr. **Lassar**: **Zur Diagnose des Lichen mit Krankenvorstel-**

lung. Vortr. stellt ein klein-papulöses Spätsyphilid vor, welches in Bezug auf die Erscheinungsform von einem Lichen kaum zu unterscheiden ist, jedoch nicht juckt und auf specifische Cur zurückgeht, sodann zum Vergleich eine Frau mit minimalen Eruptionen wirklichen Lichens, die jenen syphilitischen Efflorenscenzen äusserlich gleichen, dagegen stark zerkratzt sind und auf Arsen reagiren, ferner einen Fall, wo sämmtliche Einzelformen des Lichen ruber: planus, acuminatus, corneus zu gleicher Zeit und auf einem begrenzten Bezirk zusammen aufgetreten sind und endlich eine Frau, die zu gleicher Zeit mit einem ungewöhnlich grotesk ausgebildeten Lichen ruber an varicösen Stauungen leidet.

An der Discussion betheiligen sich die Herren G. Lewin, Rosenthal und der Vortragende.

III. Hr. **Lewin** stellt vor: 1. Eine 30jährige Frau mit **Impetigo capitis,** bei der sich trotz intravenöser Sublimatinjectionen — es sind nur zehn wegen Mangels brauchbarer Venen gemacht worden — eine Zunahme zum Theil schwerer, syphilitischer Symptome zeigt.

2. Ein 16jähriges, noch nicht menstruirtes Mädchen, mit **syphilitischer Iritis** und **syphilitischer Acne necrotica.** Die Kranke war vor mehreren Jahren inficirt und hatte mehrere Schmiercuren durchgemacht. Im Mai wurde sie mit einer rechtsseitigen Iritis gummosa aufgenommen. Alsbald entwickelte sich auf dem anderen Auge eine Iritis serosa, eine bei Lues kaum beobachtete Affection. Gleichzeitig traten Acneknoten auf, die eitrig zerfielen und zuletzt das Bild der Acne necrotica darboten. Schliesslich sah man auf dem Rücken Psoriasschuppen. Ob man hier nicht an eine Combination von Lues und Scrophulose denken sollte!

3. Einen 32jährigen Kranken mit fortschreitender **maligner Lues.** Dieselbe documentirte sich trotz mehrfacher Schmiercuren, Jodkali und Zittmann in immer wieder neu auftretenden Geschwüren. Nach einem Jahr bildete sich eine Rupia aus mit kokardenartig geformten Krusten. Während nun bei Gebrauch von Syr. ferr. jodat. eine Heilung zu beginnen schien, trat ein Zerfall der Uvula hinzu. Eine darauf begonnene subcutane Sublimatinjectionscur scheint noch keinen hinreichenden Erfolg erzielt zu haben, da sich am Hinterkopf ein neues Geschwür entwickelte. Intravenöse Injectionen sind in Aussicht genommen.

4. Ein 18jähriges Mädchen mit einem durch Herpes progenitalis erzeugtes starkes **Oedem der Labia majora vulvae.** Der Herpes progenitalis ist bei Frauen sehr selten und führt bei gleichzeitigem Fluor leicht zu tiefer gehenden Erosionen und oberflächlichen Ulcerationen. Die Kranke leidet ausserdem an steten oscillatorischen Bewegungen der Augen und zwar mit gleichzeitiger Rotation um die Sehaxe, was beim Nystagmus selten vorkommt.

IV. Hr. **Rosenthal** stellt eine 26jährige Patientin mit **Adenoma sebaceum** des Gesichts vor, eine Affection, von der bisher nur ungefähr 12 Fälle beschrieben worden sind (Balzer, Pringle, Caspary etc.). Die aufgestellten Präparate zeigen, dass es sich dabei um keine entzündliche Affection handelt, sondern neben einer Vermehrung des Bindegewebes um eine enorme Zunahme der Verzweigungen und der einzelnen Acini der Talgdrüsen. Eine ähnliche Affection der Schweissdrüsen ist unter dem Namen Syringocystadenoma oder Hydradenoma beschrieben worden. Vortragender spricht sich dahin aus, dass die Fälle nicht so selten sind, da sie häufig wegen der geringen Beschwerden und wegen der mässigen Entstellung unbeobachtet bleiben. Auch ist er der Ansicht, dass Mischformen vorkommen, in denen eine Zunahme der tubulösen und der acinösen Drüsenelemente beobachtet wird.

Hr. Lassar wendet gegen die Bezeichnung „Adenoma“ ein, dass es sich dabei doch eigentlich nicht um eine Neubildung, sondern um Retentionscysten handelt.

Hr. Lewin: Eine Geschwulst ist jede Gewebshypertrophie, welche mehr weniger abgegrenzt das Niveau der Umgebung überragt. Der vorgestellte Fall ist in differential-diagnostischer Beziehung wichtig, mit Bezug auf die Milien, welche auf einer Verstopfung der Talgdrüsen der Wollhaare beruhen.

Hr. Rosenthal führt die vergleichenden anatomischen Untersuchungen von Caspari an, welche beweisen, dass es sich bei dem Adenoma sebaceum um eine Zunahme der Drüsenelemente, also um eine gutartige Neubildung, und um keine Retentionscyste handelt.

V. 1. Hr. **Heller.** (Krankenvorstellung.) **Gummi des Hodens.** Der vorgestellte Kranke zeigte einen nur unbedeutenden Knötchenausschlag der Nase. Die Diagnose konnte zwischen Lupus und Lues schwanken. Die Anamnese ergab kein Resultat. Bei Untersuchung des Hodens fand sich aber im rechten Testis eine kinderfaustgrosse gummöse Geschwulst, von deren Vorhandensein der Kranke keine Ahnung gehabt hatte. Auch bei der Frau und dem Kinde des Pat. wurde Lues constatirt.

2. **Die Entfernung von Tätowirungen durch die Elektrolyse und Untersuchungen über die Wirkungen des elektrolytischen Stromes auf das Gewebe.**

Vortr. stellt einen jungen Mann (Schiffsingenieur) vor, der sich vor einigen Jahren einen Anker in die Haut der rechten Hand hatte tätowiren lassen. Mit Hülfe der Elektrolyse ist es gelungen, das Pigment an den bisher behandelten Hauttheilen zu entfernen. Das kosmetische Resultat dürfte kein ungünstiges sein. Die Stromstärke war 2—3 M. A.

Bei der Untersuchung über die Wirkungen des elektrolytischen Stromes auf die Haut ergab es sich, dass durch den am negativen Pol entstehenden Wasserstoff das Gewebe explosionsartig zerrissen wird. Die ganze Haut ist von Luftblasen durchsetzt. In die einzelnen so entstandenen Lumina ragen Theile zerrissener Fasern hinein. Gleichzeitig ist im weiten Umkreise um die von der Nadel getroffenen Stellen eine chemische Veränderung kenntlich durch die mangelnde Kernfärbung sowie durch eine eigenthümliche braune Färbung des Gewebes.

VI. Hr. **O. Rosenthal**: **Ueber Oesypus.** (Der Vortrag ist in der dermatologischen Zeitschrift, August 1894, veröffentlicht.)

Hr. Casper hat Cholesterinfette in der Harnröhre angewendet. Er behauptet, dass wenn Oesypus längere Zeit steht, es von Bacterien wimmelt. Dasselbe ist keine feststehende Substanz, sondern ein Stoff von unbestimmter Zusammensetzung, welcher reizende Stoffe, Fettsäuren enthält. Mit Adeps lanae habe er schlechte Erfahrungen gemacht, da es starke Reizungen hervorruft.

Hr. Rosenthal erwidert, dass er sich in mehrjähriger Anwendung habe überzeugen können, dass viele Patienten das Oesypus besser vertragen, als das chemisch reine Lanolin. Er führt mehrfache Krankengeschichten als Beläge an. Was die unbestimmte Zusammensetzung anbetrifft, so theilt das Oesypus dieses Schicksal mit vielen anerkannten dermatotherapeutischen Mitteln, so mit dem Theer, dem Ichthyol etc. Auch das weisse, chemisch reine Vaseline z. B. wirkt viel reizender, als das amerikanische, ungereinigte gelbe. Ausschlaggebend bei allen derartigen Präparaten bleibt ihre Wirksamkeit.

VII. Hr. **Ledermann** zeigt einen Apparat zur Application von Wärme und Kälte am Damm. Derselbe besteht aus einem Leibgurt, aus der dem Damm adaptirten Gummiblase und zwei vorderen und zwei hinteren an der Blase befestigten Riemen. Die angelegte Blase behindert den Kranken nicht in seinen Bewegungen und ist daher namentlich auch für die Nacht von Werth. Der Apparat ist durch H. Pfau, Berlin, Klosterstrasse zu beziehen.

Verhandlungen

der

Dermatologischen Vereinigung

zu Berlin.

Herausgegeben

von dem

Vorstande des Vereins.

Jahrgang

1894—1895.

Sonderabdruck aus der „Dermatologischen Zeitschrift" 1895.



Berlin 1896

Verlag von S. Karger

Charitéstrasse 3



Vorstand des Vereins

für das Vereinsjahr 1894/95.

Vorsitzende: Herr **G. Lewin,** Geh. Med.-Rath und Professor.
„ **O. Lassar,** Professor.
Schriftführer: Herr **O. Rosenthal.**
„ **E. Saalfeld.**

Aufnahme-Commission.

Ausser den Mitgliedern des Vorstandes:
Herr **H. Heymann.**
„ **Hoffmann.**
„ **Isaac.**

Mitglieder-Verzeichniss.

1. Dr. Abraham, Geh. Sanitätsrath, Bendlerstr. 31.
2. „ Barschall, Sanitätsrath, Kanonierstr. 40.
3. „ Beely, F., Steglitzerstrasse 10.
4. „ Behrend, Privat-Docent, Mittelstrasse 22.
5. „ Benda, C., Privat-Docent, Dorotheenstr. 35.
6. „ Benda M., Lützowstrasse 46.
7. „ Benda, Theod., Potsdamerstr. 54.
8. „ Bessel, Sanitätsrath, Kanonierstrasse 2.
9. „ Blaschko, A., Friedrichstrasse 128.
10. „ Bock, Charlottenburg, Goethestr. 6.
11. „ Boer, Sanitätsrath, Alsenstrasse 8.
12. „ Born, Karlstrasse 19.
13. „ Brieger, Professor, Alexander-Ufer 2.
14. „ Bruck, Charlottenstr. 32.
15. „ Caspar, Leopold, Privat-Docent, Wilhelmstr. 48.
16. „ Cohn, Prinzenstrasse 73.
17. „ Dirksen, Stabsarzt. Charité.
18. „ Eulenburg, Professor, Lichtenstein Allee 3.
19. „ Fischel, Prinzenstrasse 52.
20. „ Frank, Ernst, Friedrichstrasse 211.
21. „ Frantzen, Karlstrasse 19.
22. „ Freund, Otto, Oranienburgerstrasse 40/41.
23. „ Friedländer, M., Markgrafenstrasse 3.
24. „ Fürst, Invalidenstrasse 2.
25. „ Gauer, Paul, Kleiststrasse 6.
26. „ Gebert, E. Neuenburgerstrasse 23.
27. „ Gerhardt, Geh. Med.-Rath, Prof., Kronprinzen-Ufer 13.
28. „ Gericke, Wilhelmstrasse 88.
29. „ Gerson, Carl, Bellealliancestrasse 14.
30. „ Gläntzer, Bielefeld.
31. „ Gluck, Professor, Potsdamerstrasse 139.
32. „ Gressner, Stabsarzt, Charité.
33. „ Grimm, Schiffbauerdamm 38.
34. „ Gumpertz, Karl, Bellealliancestrasse 98.
35. „ Gusserow, Geh. Med.-Rath, Professor, Roonstrasse 1.
36. „ Heller, Charlottenburg, Berlinerstrasse 130.
37. „ Herzfeld, Ernst, Kommandantenstrasse 48.
38. „ Heymann, Heinrich, Leipzigerstrasse 133.
39. „ Hildebrandt, Geh. Sanitätsrath, Klosterstrasse 28.
40. „ Hirschberg, Professor, Karlstrasse 36.
41. „ Hoffmann, L., Sanitätsrath, Alt Moabit 131.
42. „ Jacobson, J., Kleiststrasse 38.
43. „ Jaschkowitz, Geh. Sanitätsrath, Ritterstrasse 43.
44. „ Jastrowitz, Sanitätsrath, Alt Moabit 131.
45. „ Immerwahr, Dörnbergstrasse 8.
46. „ Joachimsthal, G., Markgrafenstrasse 35.
47. „ Jolly, Professor, Alexander-Ufer 7.
48. „ Joseph, Potsdamerstrasse 3 a.
49. „ Isaac, Friedrichstrasse 171.
50. „ *Israel*, O., Professor, Spenerstrassse 3.

51. Dr. Karewski, Oranienburgerstr. 69.
52. „ Kirschner, Oranienstr. 25.
53. „ Koch, Franz, Potsdamerstr. 47.
54. „ Köbner, Heinrich, Professor, Magdeburgerstrasse 3.
55. „ Köbner, Seydelstrasse 31 a.
56. „ Krey, Karlstrasse 19.
57. „ Kromayer, Privat-Docent, Halle.
58. „ Langenbuch, Professor, Schiffbauerdamm 18.
59. „ Lassar, Professor, Karlstrasse 19.
60. „ Ledermann, Königstrasse 34-36,
61. „ Lewin, Geh. Med.-Rath, Professor, Roonstrasse 8.
62. „ Leyden, Geh. Med.-Rath, Professor, Bendlerstr. 30.
63. „ Liebreich, Geh. Med.-Rath, Professor, Dorotheenstr. 34.
64. „ Lilienthal, Oranienstr. 140.
65. „ Lissa, Sanitätsrath, Königgrätzerstr. 100.
66. „ Loewenthal, Hugo, Matthäikirchstrasse 15.
67. „ Mankiewicz, Königgrätzerstr. 123 b.
68. „ Margoniner, Weinbergsweg 7.
69. „ Martin, Professor, Alexander-Ufer 1.
70. „ Meissner, Karlstr. 19.
71. „ Mendel, Professor, Schiffbauerdamm 20.
72. „ Mendelsohn, Privat-Docent, Potsdamerstrasse 73.
73. „ Meyer, Edmund, Bülowstrasse 3.
74. „ Meyer, G., Zimmerstr. 5-6.
75. „ Müller, Georg, Brückenstr. 6 b.
76. „ Müller, Heinrich, Potsdamerstr. 115.
77. „ Oestreicher, Oranienburgerstr. 74.
78. „ Oliven, Pankow.
77. „ Oppenheim, A., Stettin, Bismarckstr. 27.
80. „ Ostermann. E., Neue Rossstrasse 14.
81. „ Palm, Friedrichstrasse 171.
82. „ Posner, Professor, Anhaltstrasse 7.
83. „ Renvers, Professor, Nettelbeckstrasse 24.
84. „ Richter, Paul, Münzstrasse 22.
85. „ Richter, P. Fr., Leipzigerstrasse 93.
86. „ Rosenberg, A., Mittelstrasse 55.
87. „ Rosenthal, Oscar, Potsdamerstr. 23.
88. „ Ruge, C., Sanitätsrath, Jägerstr. 61.
89. „ Saalfeld, E., Friedrichstrasse 111.
90. „ Samter, Paul, Schönhauser Allee 45.
91. „ Schönfeld, Skalitzerstr. 107.
92. „ Schreiber, Karlstrasse 19.
93. „ Schwann, Köln, Hohenzollernstrasse 63.
94. „ Schweigger, Geh. Med.-Rath, Professor, Roonstr. 6.
95. „ Selberg, Sanitätsrath, Invalidenstrasse 111.
96. „ Siegheim, Potsdamerstrasse 86 a.
97. „ Schütte, Anhaltstrasse 4.
98. „ Steinrück, Oberstabsarzt a. D., Luisenstrasse 3.
99. „ Sternberg, Oranienburgerstrasse 58.
100. „ Straeter, Friedrichstrasse 171.
101. „ Stranz, Neue Königstrasse 19 c.
102. „ Sonnenburg, Professor, Hitzigstrasse 3.
103. „ Veit, J., Professor, Matthäikirchstrasse 12.
104. „ Wechselmann, Lützowstrasse 72.
105. „ Wiener, G., Königgrätzerstrasse 82.
106. „ Wolff, Jul., Professor, Neustaedt. Kirchstrasse 11.
107. „ Wolff, M., Professor, Potsdamerstrasse 134 a.

Inhalts-Verzeichniss.

Sitzung vom 6. November 1894. Seite

Geschäftsbericht 285
Neuwahl des Vorstandes 285
Herr A. Rosenberg: Ueber Herpes pharyngis (mit Krankenvorstellung) 285
" Fischel: Ueber Herpes pharyngis (mit Krankenvorstellung) 285
Discussion 286
" O. Rosenthal: Ueber Oesypus 286
Discussion 287
" Ledermann, Circumscripte Gangrän der Haut (mit Krankenvorstellung) 287
Discussion 287
" Meissner: Ueber Cysthygroma verrucosum (mit Krankenvorstellung) 287
Discussion 287
" G. Lewin: Gummi der sog. Morgagnischen Hydatide (mit Krankenvorstellung) 288
" Joseph: Ueber das Gallanol 288
Discussion 289
" Fischel: Ueber ein neues Theerpräparat . 289
Discussion 289

Sitzung vom 2. Dezember 1894.

Herr G. Lewin: Demonstration von Zeichnungen von Lymphangiom (Cysthygrom) 291
" Ledermann: Ueber Lues hereditaria tarda (mit Krankenvorstellung) 293
Discussion 293
" Saalfeld: Zur Syphilisbehandlung . . . 294
Discussion 295
" Karewski: Ueber gonorrhoische Hodengangrän 296
Discussion 296
" Ledermann: Ueber Syphilis maligna (mit Krankenvorstellung) 297
" Ledermann: Demonstration von microscopischen Präparaten und Zeichnungen von Molluscum contagiosum 297

Sitzung vom 15. Januar 1895.

Herr Blaschko: Ueber Hauttuberculose (mit Krankenvorstellung) 298
" Benda: Ueber Molluscum contagiosum . . 299
Discussion 302
" Ledermann: Ueber Canities acuta progressiva universalis (mit Krankenvorstellung) 303
" Joseph: Ueber extragenitalen Primär-
(mit Krankenvorstellung) . . . . .

Seite

Herr Ledermann: Ueber Gelenkaffection bei Syphilis (mit Krankenvorstellung) 304
„ Saalfeld: Ueber Verrucae planae juveniles (mit Krankenvorstellung) 304

Sitzung vom 12. Februar 1895.
Herr O. Rosenthal, Ueber Elephantiasis ani (mit Krankenvorstellung) 410
Discussion 410
„ Saalfeld: Ueber Syphilis des Ohres (mit Krankenvorstellung) 411
Discussion 411
„ Franzen: Ueber Herpes zoster pharyngis (mit Krankenvorstellung) 412
„ Siegheim: Ueber Herpes zoster pharyngis 412
Discussion 412
„ G. Lewin: Ueber Pityrrasis rubra pilaris (mit Krankenvorstellung) 414
Discussion 414
„ G. Lewin: Ueber syphilitische Infiltration des Velums und der Uvula (mit Krankenvorstellung) 415
„ G. Lewin: Ueber eine von eigentümlichem Hautjucken befallene Familie 415
Discussion 416

Sitzung vom 5. März 1895.
Herr Lassar: Tätowierte Psoriasis (mit Krankenvorstellung) 417
„ Saalfeld: Ueber Arsen-Melanose (mit Krankenvorstellung) 417
„ Herr Palm: Ueber Hyperidrosis palmae manus (mit Krankenvorstellung) 418
„ Blaschko: Ueber Erythrodermie beider Arme (mit Krankenvorstellung) 418
Discussion 419
„ Heinrich Köbner: Ueber Lupusheilung durch Cantharidin und über Tuberculose . 419
Discussion 419

Sitzung vom 7. Mai 1895.
Herr Grimm: Zur Physiologie und Pathologie der Haut mit microscopischen Demonstrationen 425
„ A. Alexander: Ueber Ichthyosis (Naevus papillaris) linearis unilateralis (mit Krankenvorstellung) 425
„ Blaschko: Ueber sogenannte Nervennaevi
Discussion 425
„ Saul: Ueber einen seltenen Fall von extragenitaler Syphilisinfection (mit Krankenvorstellung) 427
Discussion 428
„ Lassar: Zweifelhafter Fall (mit Krankenvorstellung) 429
Discussion 429

Sitzung vom 11. Juni 1895.
Herr Lassar: Ueber Keloide (mit Krankenvorstellung 511
Discussion 511
„ Saalfeld: Ueber Erythema bullosum (mit Krankenvorstellung) 511

Herr Heller: Ueber Thiol 511
„ Gumpertz: Ueber Rückenmarks- und Hirnsyphilis (mit Krankenvorstellung) . . 511
Discussion 513
„ Schreiber: Ueber Elephantiasis vulvae (mit Krankenvorstellung) 514
„ Meissner: Ueber Naevus verrucosus unius lateris (mit Krankenvorstellung) 514
„ G. Lewin: Ueber Pityriasis rubra pilaris (mit Krankenvorstellung) 514
„ G. Lewin: Uber Blepharoadenitis u. Rhinitis gummosa (mit Krankenvorstellung) . . 514
„ G. Lewin: Ueber rapid entstehende Gummata (mit Krankenvorstellung) 515
Discussion 515

Sitzung vom 9. Juli 1895.

Herr Lassar: Zweifelhafter Fall (cfr. Sitzung v. 7. Mai 1895) [mit Krankenvorstellung] . . 515
Discussion 515
Schreiben der Herren Saalfeld u. Heinrich Köbner 516
„ Ledermann: Ueber extragenitale Syphilisinfection 517
Discussion 517
„ G. Lewin: Ueber gummöse Prozesse im Pharynx, auf der Zunge und im Larynx (mit Krankenvorstellung) 517
„ Lassar: Zur Therapie des Naevus verrucosus. Discussion 518
Discussion über den Vortrag des Herrn Meissner: Ueber Naevus verrucosus unius lateris 520
„ G. Lewin: Ueber Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris 523

Sitzungsberichte.

Berliner Dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 6. November 1894.

Vorsitzender: Herr Lassar. Schriftführer: Herr Saalfeld.

I. Geschäftsbericht über das vergangene Vereinsjahr.

II. Neuwahl des Vorstandes: Der bisherige Vorstand wird, ebenso wie die Aufnahmekommission, per Acclamation wiedergewählt.

III. Herr A. Rosenberg. Krankenvorstellung.

Es handelt sich hier um einen 31jährigen, stets gesunden Tischler, der einige Mundaffectionen gehabt hat, von denen nicht nachzuweisen ist, welcher Art sie gewesen. Einmal hatte er eine Stomatitis, die nach Extraction einer Zahnwurzel verschwand, und einmal eine Aphthe an der Unterlippe. Vor 4 Tagen stellten sich leichte Fiebererscheinungen und Schmerzen auf der rechten Seite des Halses ein. Gestern morgen sah man an der hinteren Rachenwand rechts mehrere, etwa 6—7, kreisrunde, linsengrosse, scharfrandige, mit gelblich - weissem Belag versehene Ulcerationen, die sich nach unten zu auf die rechte Seite der Epiglottis fortsetzten. An der ovalen Fläche derselben sah man ebenfalls solche z. T. schon confluierende Ulcerationen. Heute ist die pharyngo - epiglottische Falte ebenfalls erkrankt, es ist ein Nachschub eingetreten. — Dann geht der Prozess nach hinten weiter auf die ary-epiglottische Falte, die etwas geschwollen ist; man sieht hier in der Gegend des Aryknorpels einige den geschilderten analoge Ulcera. Wenn ich nicht imstande bin, hier Bläschen nachzuweisen, so wissen Sie ja alle, dass gerade bei der feuchten Temperatur in den oberen Respirationswegen die Blasen sehr schnell schwinden und flachen Ulcerationen Platz machen.

IV. Herr Fischel: Über Herpes pharyngis mit Krankenvorstellung.

In meinem Falle handelt es sich um ein junges Mädchen, das vor $1^1/_2$ Monaten wegen schwerer acuter Laryngitis mit vollständiger Aphonie und starker Dyspnoë in Behandlung kam. Nach Ablauf derselben blieb eine vorübergehende Lähmung des linken Stimmbandes zurück, welche jedoch bald schwand. Als die Heilung vollkommen schien, kam die Patientin wieder und klagte über heftiges Brennen im Halse und starke Schluckbeschwerden auf der linken Seite. Die Inspection ergab auf der linken Tonsille, der Ary-epiglottis- und Pharyngo-epiglottisfalte, sowie der Uvula kleine, z. T. kreisförmige z. T. ellipsoid gestaltete und mit einer Delle versehene Bläschen mit durchsichtigem, grau-weissem oder gelblich getrübtem Inhalt. Dieselben waren ohne Initialfieber, ohne gleiche Affection der äusseren Hautdecke aufgetreten und hielten sich in den nächsten 8—10 Tagen in derselben Weise, nur dass sie bald stärker, bald schwächer entwickelt waren. Während der gesamten Zeit — ich habe die Patientin täglich, oft 2—3 mal, gesehen — war stets die rechte Seite des Pharynx, sowie Kehlkopf, Zunge, Wangenschleimhaut und harter

Gaumen frei; bis sich, wie gesagt, nach etwa 8—10 Tagen das Bild plötzlich änderte. Mit einem Schlage war nämlich der ganze rechte Pharynx mitergriffen, ebenso die rechte Tonsille und der weiche Gaumen. Auch sah man jetzt keine Bläschen mehr, sondern Plaques, die unregelmässig gestaltet waren. Ich war mir nicht einig, um was es sich handelte. Es machte den Eindruck, als ob eine secundäre Infection auf Grund der Epithelverluste der Herpesbläschen vorläge. Die Collegen Treitel und Koppel, welche die Güte hatten, den Fall mit mir zu beobachten, haben mikroskopische Untersuchungen angestellt, doch fand sich in den Belägen und den Reinkulturen nichts, was für eine Pharyngomykose gesprochen hätte. Am ehesten glich es noch den Aphthen; doch stimmte auch hierzu der Befund nicht ganz. Es war weder eine Schwellung noch Rötung des Rachens vorhergegangen, kein roter Saum sichtbar, die Zunge vollkommen frei, es waren niemals Knötchenbildungen aus den Plaques entstanden; kurz, die Diagnose ist sehr zweifelhaft. Jedenfalls ist auch heute noch die Annahme gerechtfertigt, dass es sich um eine Affection auf neuropathischer Grundlage handelt, zumal da die Patientin eine hochgradig hysterische Person ist. Ich neige deshalb der Ansicht zu, dass man die Erkrankung als einen abnorm verlaufenden chronischen Herpes pharyngis auffassen muss.

Herr Treitel a. G. Ich habe bei dem von Herrn Fischel demonstrierten Fall von Anfang an dasselbe Bild gesehen, welches Sie jetzt sehen, kleine Bläschen wie beim typischen Herpes. Es sprach gegen Herpes, dass keine deutlichen Bläschen mit dünner Wandung da waren, dass ein roter Hof fehlte, dass kein Substanzverlust vorhanden war. Die weissen Massen, die Sie hier sehen, haben immer diese unregelmässige Form von Anfang an gehabt, sie sind teils oval, teils rund, meist ganz unregelmässig ohne bestimmte Formen, lassen sich leicht wegwischen und hinterlassen keinen Epithelverlust. Herr Koppel hat diese Dinge untersucht und darin den Diplokokkus pneumoniae gefunden. Wir können uns nicht erklären, ob dieser die Ursache war. Wir versuchten deshalb, zu impfen; ich machte einen kleinen Ritz in den vorderen Gaumenbogen am Übergang in die Wangenschleimhaut, wo sich nie solche Affectionen gezeigt haben, und fand zweimal nach der Impfung eine leichte Trübung des Epithels, bei der dritten Impfung, die auf dem harten Gaumen stattfand, fand ich nichts. Ich kann nicht sagen, was die Affection eigentlich sei.

Herr Lewin: Ich habe eine Anzahl Fälle von Herpes des Pharynx behandelt, und besonders wichtig war ein Fall eines jungen Mannes, der kleine Bläschen auf der Epiglottis auf dem weichen und harten Gaumen und der Oberlippe zeigte. Der Fall reiht sich diesen Fällen insofern an, als beim Herpes, den man doch als eine Form des Zoster ansieht, nicht einer, sondern mehrere Nerven befallen waren. Bei einem anderen Kranken waren ebenfalls Zweige des Trigeminus und der Vagus ergriffen. Bei dem vorgestellten Kranken scheint mir der Zoster bilateralis.

V. Herr Rosenthal beabsichtigt nur, eine kurze Ergänzung zu seinem in der Julisitzung gehaltenen Vortrag über Oesypus zu geben. Es war damals in der Discussion behauptet worden, dass, wenn das Oesypus lange steht, es von Bakterien wimmelt. R. hat in der Zwischenzeit von

4 Monaten, und zwar handelt es sich dabei um die heisse Jahreszeit, dieselben Salben, die er in der Julisitzung vorführte, für die bakteriologische Untersuchung benutzt. Es sind inzwischen in regelmässigen Zwischenräumen 8 Versuchsreihen im Vergleich zum Lanolin und Vaselin angestellt worden. Zum grossen Teil haben sich keine Kolonieen, z. T. 1—2 auf Oesypus entwickelt, während auf Lanolin mindestens ebensoviel gewachsen waren. Der Einwand ist mithin nicht berechtigt.

Herr Casper: Ich habe damals den Einwurf erhoben, auf den Herr Rosenthal hier zurückkommt, und ich danke ihm, dass er mir durch vorherige Benachrichtigung Gelegenheit giebt, mich dazu zu äussern. Die Differenz der Anschauungen zwischen ihm und mir ist nicht auffallend; es ist ganz zweifellos, dass Herr Rosenthal in den Salben, die er verwandt hat, nicht mehr Bakterien gefunden hat, als in anderen. Das habe ich natürlich niemals angezweifelt und das hat er ja auch heut durch Mitteilung seiner Versuche bewiesen. Ich habe damals, als ich meine canellierte Sonde angab, nicht mit Oesypus sondern mit Wollfetten verschiedener Art gearbeitet, in denen sich thatsächlich im Laufe der Zeit sehr viele Bakterien ansammelten. So erklärt sich diese Differenz sehr leicht dadurch, dass wir verschiedene Produkte verwendet haben.

VI. Herr Ledermann. Krankenvorstellung.

Die Patientin zeigt seit ungefähr 14 Tagen eine ganz circumscripte Gangrän der Haut des rechten Vorderarmes. Irgend eine locale oder allgemeine Ursache lässt sich nicht eruieren. Die Affektion ist angeblich im Anschluss an einen Ekzem entstanden, u. zw. giebt Pat. an, dass sie vor 14 Tagen mit Soda gewaschen habe. Jetzt scheint ein Stillstand in der Ausbreitung eingetreten zu sein. Herzstörungen bestehen nicht, Diabetes liegt nicht vor, es könnte sich also nur um eine hysterische Affection handeln, doch fehlen sonstige Erscheinungen von Hysterie.

Herr Rosenthal führt an, dass Hebra eine derartige circumscripte Gangrän stets auf eine lokale Einwirkung zurückführt. Im vorliegenden Falle dürfte es sich vielleicht um eine Anwendung von Lauge beim Waschen handeln.

Herr Saalfeld: Zur Bestätigung dessen, was Herr Rosenthal gesagt hat, möchte ich anführen, dass sich ähnliche Affectionen einstellen können, wenn man zur Beseitigung von Infiltraten bei chronischem Ekzem eine zu stark concentrierte Kalilauge verwendet.

VII. Herr Meissner: Über Cysthygroma verrucosum (mit Krankenvorstellung. Der Vortrag ist in extenso in dieser Nummer erschienen).

Herr Lewin: Vor Jahren habe ich in der Charité einen Mann behandelt, der in der rechten Inguinalgegend ein sehr umfangreiches Lymphangiom hatte, welches sehr viel Flüssigkeit entleerte. Trotz aller Massnahmen, innerer und operativer, ging der Kranke zu Grunde. Die Geschwulst hatte das Aussehen von papillären Wucherungen, so dass Virchow und Israel, denen ich den Kranken vorstellte, zuerst an Acuminata dachten. Bei der Section zeigte sich ganz das Bild, wie es Billroth damals bereits beschrieben hatte. Ich habe den Fall nicht veröffentlicht, besitze aber noch die Zeichnung und bringe sie das nächste Mal mit.

Herr Joseph: Es wurde bereits auf einen Punkt sehr richtig aufmerksam gemacht, der auch anatomisch interessant ist, nämlich dass über

den praeformierten Lymphräumen eine Verrucaebildung stattfindet. Dass dieser Vorgang kein Analogon hat, ist nicht richtig, es giebt ein Analogon, u. zw. das Angiokeratom. Auch hier findet über praeformierten Räumen, welche allerdings mit Blut gefüllt sind, eine derartige Verrucaebildung statt; und es ist auch hierbei sehr interessant, dass zunächst einfache Blutung stattfindet und erst secundär die Verrucaebildung. Insofern steht dieser Vorgang anatomisch ganz ähnlich da, und ich habe mir erlaubt, diese Verhältnisse an einschlägigen Präparaten ungefähr vor einem Jahre in dieser Gesellschaft zu demonstrieren.

Herr Lassar fügt dem eine Beobachtung hinzu, wo nach totaler Exstirpation beider Inguinal-Lymphdrüsen-Packete ein ähnlicher Zustand an Membrum und Scrotum entstanden war. Die Lymphfäden wurden dann mit gutem Resultat mittelst Paquelin verödet.

Herr Meissner: Bei der Exstirpation der untersuchten Teile trat keine Lymphorrhoe ein, obwohl ich darauf gefasst war. Die Stellen sind vollkommen vernarbt, so dass ich doch die chirurgische Oeffnung der Bläschen empfehlen möchte, obwohl man bei der drohenden Lymphorrhoe in solchen Fällen ungemein vorsichtig sein muss.

VIII. Herr Lewin. Krankenvorstellung.

Der Kranke, den ich Ihnen vorstelle, hatte 1889 einen Schanker, der nach lokaler Behandlung heilte. 6 Wochen vor der Aufnahme in die Charité im September d. J., zeigte sich ein ulceröser Hautausschlag. Jetzt zeigt der Kranke nicht nur Atrophie der Zungenbalgdrüsen, sondern auch auf der rechten Seite der Zungenwurzel einen haselnussgrossen Gummiknoten. Vor Allem ist ein gleicher Knoten interessant, welcher die sogenannte Morgagnische Hydatide betrifft. Derselbe liegt zwischen Kopf des Nebenhodens und Hoden und erlaube ich mir hier eine Zeichnung an der Tafel zu machen. (Dies geschieht). Um die Bedeutung dieser Cyste zu verstehen, muss man die embryologische Entwickelung des Hodens verfolgen. Sie wissen, dass bis um die 6. Woche der Embryo geschlechtslos ist. Erst dann entwickelt er sich entweder nach männlichen oder weiblichen Geschlecht. Im ersten Fall obliterit der sogenannte Müllersche Faden, der beim Weibe oviduct wird. Zurückbleibt aber sein Anfangsstück als eine Art „Kölbchen", welches eben wenn auch fälschlich Morgagnische Hydatide benannt wird. Diese ist hier gummös entartet. So weit mir bekannt, sind solche Fälle in der Litteratur nicht publiciert. Ich habe mehrere derartige Kranke behandelt. Die Knoten waren meist für Tuberkel gehalten worden und dementsprechend behandelt worden. In einem Falle wollte Wilms sogar, da sich starke Schmerzen combinierten, die [illegible]tration vornehmen, die dann nach der Constatierung meiner Diagnose [illegible]rblieb.

Ich habe absichtlich hervorgehoben, dass die erwähnte Cyste fälsch[illegible] Morgagnische benannt wird. Morgagni hat zuerst alle am Hoden [illegible]mmenden Appendiculargebilde beschrieben, nicht nur diese eine, [illegible]n auch diejenigen, welche von den Vasa efferentia oder von dem [illegible]stück, dem Kopfe des Ausführungsgang des Nebenhoden gebildet [illegible] Ich habe dieselbe vor längerer Zeit in Virchow Archiv näher [illegible]n.

Herr Joseph: Ueber das Gallanol. (Der Vortrag ist in ex[illegible] *der Deutsch. medic.* Wochenschrift erschienen).

Herr Lassar: Ich habe das Mittel auch in Händen gehabt, und eine Anzahl Patienten damit behandelt. Mir schien damals die Wirkung nicht nur langsam, sondern auch von untergeordneter Art zu sein. Sind aber denn wirklich die Eruptionen so ganz verschwunden, wie beim Chrysarobin, und ist es möglich, das Gallanol in Vergleich mit Pyrogallussäure, Chrysarobin zu setzen?

Herr Joseph: Ich habe der Kürze der Zeit wegen meine Angaben nicht so ausführlich gemacht, und bin bereit, zu antworten. Es steht das Gallanol der Pyrogallussäure in der Kürze der Behandlungsdauer nach, so dass die Reihenfolge so sein würde: Chrysarobin, Pyrogallussäure und dann Gallanol, gleichwertig mit Praecipitalsalbe. Man entfernt zuerst die Schuppen, damit das Mittel gleich auf die betr. Stelle kommt, und ich habe in den $1^1/_2$ Jahren, in denen ich es gebrauche, gefunden, dass Patienten, nachdem sie nur einmal in Behandlung waren, keine neuen Eruptionen mehr bekamen. Demgemäss bin ich durchaus nicht etwa ein Lobredner auf das neue Mittel, sondern ich nehme es nur für jene so häufig in der Praxis vorkommenden Fälle, wo man der unangenehmen Verfärbung wegen auch nicht die Pyrogallussäure anwendet. Es ist also ungefähr gleichwertig der weissen Praecipitalsalbe.

X. Herr Fischel: Ueber ein neues Theerpräparat. (Der Vortrag ist in extenso im Archiv für Dermotologie und Syphilis erschienen).

Herr Saalfeld: Soviel mir bekannt ist, ist der Liquor carbonis detergens durchaus kein Geheimmittel. Auf meine Erkundigung erfuhr ich, dass er aus einem Teil Steinkohlentheer und 8 Teilen Tinct. Quillajae besteht.

Herr Joseph: Ergänzend möchte ich noch hinzufügen, dass sich das Mittel gerade bei der Tylositas, beim Eczema tylosiforme, welches oft in der poliklinischen Praxis so grosse Schwierigkeiten bereitet, bewährt; ich möchte es Ihnen deshalb für solche Fälle an's Herz legen, aber Sie müssen in der ersten Zeit etwas vorsichtig sein und es nicht zu häufig anwenden. Es ist mir leider in der ersten Zeit, als ich das Mittel in der Privatpraxis bei einer Dame mit empfindlich zarter Haut anwandte, eine Dermatitis begegnet, die ja vielleicht auch bei einem anderen Mitfel sich eingestellt hätte, aber doch recht unangenehm ist. Deshalb möchte ich das Mittel beschränkt wissen auf die schweren chronischen, mit Schwielenbildung einhergehenden Ekzemformen.

Herr Lassar: Es scheint doch, als ob das Mittel nach einer geheimgehaltenen Vorschrift bereitet wird, oder ist es möglich, dasselbe in einem einfachen Recept zu verschreiben?

Herr Fischel: Es ist schwer, das Mittel als einfaches Medicament zu verschreiben, weil seine technische Herstellung und Zusammensetzung sehr schwierig ist; denn es geht leicht chemische Verbindungen ein. Die einzelnen Bestandteile habe ich genannt und bin selbstverständlich auch gern bereit, den Prozentgehalt anzugeben.

Herrn Saalfeld möchte ich bemerken, dass unter diesem Namen zwei Mittel bestehen, ein englisches Geheimmittel, welches das besser wirkende ist und ein von Merck in Darmstadt dargestelltes, so wie es Herr Saalfeld angegeben hat.

Herr Ledermann hat den zuerst dargestellten Liquor compositus angewendet und dieselbe Wirkung beobachtet, wie sonst bei der Naph-

thol- oder Resorcin-Schälpaste: Dermatitis mit Desquamation. Beim Ekzem wurden mehrfach Reizungen beobachtet; vielleicht beruht das darauf, dass ich das Mittel vielleicht in zu frühen Stadien angewendet worden, Leistikow empfiehlt auch Steinkohlentheer, betont aber, dass man das Präparat nicht über zu grosse Stellen anwenden darf, weil dann Theer-Urin gesehen wurde.

Herr Blaschko: Das Bestreben, Theer in Form einer spirituösen Lösung zu geben, ist nicht neu. Hebra hat seine Tct. Rusci schon vor längerer Zeit angegeben, und ich habe oft hervorgehoben, dass in dieser Form der Theer Vorzüge hat. Er reizt weniger, als in der Form des eigentlichen Oleum Rusci, und deshalb hat Hebra wohl auch s. Z. diese Lösung von Spiritus und Aether mit einigen Tropfen ätherischen Oeles empfohlen. Nun sind im Laufe der letzten Jahre Versuche gemacht worden, den Steinkohlentheer in derselben Weise zu bearbeiten; aus England stammt der Liquor carbonis detergens, in Amerika hat Duhring vor einigen Jahren ein Verfahren angegeben, wie man Steinkohlentheer zur Lösung bringen kann; neuerdings liegen Versuche von Leistikow und Fischel vor. Auch in der Berliner Pharmakopoë existiert ein „Spiritus Rusci", welcher zwar die in Spiritus, aber nicht die in Aether löslichen Teile gelöst enthält. Doch ist es rationeller, eine spirituös aetherische Lösung anzuwenden.

Ich möchte aber noch auf ein Präparat hinweisen, welches die Unannehmlichkeiten des zu starken Verfärbens vermeiden will; das ist das Ol. Rusci aethereum oder Ol. Betulinum (Betula, die Birke). Dieses Präparat reizt freilich sehr viel stärker und kann deshalb nur in geringeren Mengen gebraucht werden, also entweder verdünnt in Spiritus oder sls Zusatz zu Zink- und Salicylpasten.

Herr Rosenthal wünscht zu wissen, ob die Patienten mit Pityriasis versicolor, nach längerer Zeit wieder gesehen worden sind. Mittel gegen diese Affection giebt es viele, aber keines, welches ein Recidiv verhindert. R. unterwirft daher die Patienten, die an Pityriasis versicolor leiden, einer Nachbehandlung u. zw. durch Verordnung von Schwefelbädern oder Salben, die längere Zeit eine oberflächliche Abschülferung der Epidermis hervorrufen.

Herr Fischel: Soweit es mir möglich war, der Patienten nach ihrer Entlassung später wieder habhaft zu werden, habe ich sie ohne Recidiv gesehen. Es ist ja möglich, dass sie später noch ein solches bekommen; die Untersuchungen dauern jetzt drei Vierteljahre.

Um ferner den Anschein zu vermeiden, als ob es sich um ein Geheimmittel handelte und gleichzeitig Herrn Blaschko zu erwidern, teile ich mit, das es sich hier nicht um eine spirituös-ätherische, sondern um eine Benzol-Spirituslösung handelt, und zwar sind darin enthalten 10 % Steinkohlentheer, 5 % Schwefel, 5 % Resorcin, 2 % Salicyl. Die genauere Darstellung wird in der Publikation bekannt gegeben werden. Verschrieben wird es unter dem Namen liquor anthracis simplex und liquor anthracis compos (Fischel), wie bereits erwähnt.

Herr Lassar tritt dafür ein, nur Mittel zu empfehlen, deren Composition, Herstellungsweise und Verschreibung in voller Ausdehnung *bekannt ist.*

Herr Joseph: Ich kann nur annehmen, dass Herr Lassar seine

Bemerkungen nicht auf das heute empfohlene Mittel ausdehnen wollte, denn eben hat Herr Fischel die Zusammensetzung bekannt gegeben, und er wird in der Publikation noch die weitere Zusammensetzung auf das Genaueste angeben. Im übrigen ist es ja bekannt, dass man solche Sachen nicht ganz genau chemisch für den Kranken jedes Mal auseinandersetzen kann, denn auch Gallanol ist nur ein Name für eine chemische Zusammensetzung, die wir nicht auf das Recept schreiben können und deshalb schien es praktisch, das Mittel als Liquor anthracis simplex oder compositus zu verschreiben.

Herr Lassar: Es handelt sich um eine Prinzipienfrage. Ich bin weit entfernt, eine persönliche Tendenz damit zu verbinden, aber wenn ich lese „Liquor anthracis compositus“, so komme ich nicht auf den Gedanken, dass Salicyl und Resorcin darin sind.

Sitzung vom 2. Dezember 1894.

Vorsitzender: Herr G. Lewin. Schriftführer: Herr O. Rosenthal.

Vor Eintritt in die Tagesordnung: Herr G. Lewin. Nachträglich erlaube ich mir im Anschluss an die von Herrn Meissner vorgestellte Kranke mit Lymphangiom Zeichnungen von 2 Patienten mit gleichen Affectionen vorzulegen. Die eine Kranke hat Lymphangiome an derselben Stelle wie die Kranke Meissners in der l. Axillargegend; der andere Patient in der r. Inguiinalregion. Der letzte Fall verlief tötdlich wie schon mitgetheilt.

Herr Ledermann berichtet über zwei Fälle von Lues hereditaria tarda. In dem ersten, nicht anwesenden Fall handelt es sich um jene noch viel umstrittene Form von Lues hereditaria tarda im Sinne Fourniers, welche bis zur Pubertät symptomlos verläuft, um dann oder noch später Tertiärsymptome der Haut oder innerer Organe zu machen. Anamnese der 13jährigen Patientin: Beide Eltern, seit 23 Jahren verheiratet, leben. Die Mutter zeigt hochgradige Zerstörungen syphilitischen Ursprungs. Das ganze knorplige z. T. knöcherne Gerüst der Aussen- und Innennase fehlt (stark ausgebildete Sattelnase); der harte Gaumen besitzt einen über fingerbreiten Defect. Die Frau war acht Mal gravid. Nach der Geburt des zweiten Kindes die Infection des Vaters und bald darauf die der Frau durch ihren Gatten. Das nach der Infection, vor circa 20 Jahren geborene Kind, war bei der Geburt mit „Geschwüren“ bedeckt und lebte nur einen Tag. Nun erfolgte sorgfältige antisyphilitische Behandlung der Eltern in der Charité. Die drei darauf folgenden Kinder (jetzt Knaben im Alter von 19, 17 und 15 Jahren) sind gesund geboren, leben und sind kräftig entwickelt. Nach der Geburt des jetzt 15jährigen Knaben entwickelte sich bei der Mutter die Affection der Nase und des Gaumens, welche nach 18 Monaten unter Hinterlassung der beschriebenen Defecte heilte. Vor 13 Jahren Geburt der in Rede stehenden Patientin und später noch ein Abort im 2. Monat. Die kleine, blasse Patientin blieb bis zum vorigen Jahre symptomenfrei. Vor einem Jahre entwickelte sich ein tiefes Ulcus an der linken Wade, das mit Hinterlassung einer leicht pigmentierten, nierenförmigen Narbe verheilte. Vor einigen Wochen bildeten sich an der rechten Wade zwei ähnliche „gummöse“

Ullcerationen, welche an ihrem syphilitischen Ursprung keinen Zweifel assen. Die Krankengeschichte lehrt: 1. dass nach sorgfältiger antisyphilitischer Behandlung der Eltern gesunde Kinder geboren werden können, 2. dass auf gesunde Kinder, wie das schon längst bekannt ist, wieder kranke Kinder, selbst wie in diesem Fall 7 bezw. 8 Jahr nach der Infection geboren werden können, dass mithin eine einmalige Behandlung zur Genesung nicht ausreicht, 3. dass Frauen mit Tertiärsymptomen noch das Virus auf ihre Kinder übertragen können, ja dass selbst solche Frauen noch Aborte zeitigen können. Vielleicht dürfte dieser Fall auch jenen Autoren zur Stütze dienen, welche angeben, dass unter Umständen auch die Kinder tertiärsyphilitischer Frauen post partum nur Tertiärerscheinungen zeigen.

In dem zweiten anwesenden Fall, welcher die zweite Form der Lues hereditaria tarda illustriert, handelt es sich um ein 18 jähriges Mädchen mit dem typischen Hutchinson'schen Symptomencomplex. Wann die Infection der Eltern erfolgt ist, lässt sich nicht eruieren. Die Mutter der Patientin befindet sich seit mehreren Monaten in der Behandlung des Redners wegen eines umfangreichen gummösen Geschwürs des rechten Oberschenkels. Die Frau hat 9 Kinder geboren, von denen 6 leben. Die älteste, jetzt 23 jährige Tochter, ist wohl entwickelt, jedoch geistig zurück. Die zweite, vor 21 Jahren gesund geborene Tochter, starb später an Scharlach. Die dritte, jetzt 19 jährige Tochter, ist stets gesund gewesen. Das vierte Kind ist totgeboren. Das fünfte Kind ist die jetzt 18 jährige Patientin, das sechste, jetzt 17 jährige, ist gesund, das siebente, vor 14 Jahren geborene, starb 4 Monate alt an „zu grosser Leber“. Die beiden jüngsten Kinder, ein Knabe und ein Mädchen leben und sind gesund. Die jetzt 18 jährige Patientin wurde mit Schnupfen und Hautausschlag geboren und zeigt jetzt folgende Symptome: 1. Typische Hutchinson'sche Zähne. 2. Narben im hinteren unteren Quadranten des rechten Trommelfells, Verkalkungen im hinteren unteren Quadranten des linken Trommelfells. Die Knochenleitung überwiegt die Luftleitung. 3. Beiderseits Reste von Keratitis diffusa und Iritis. Die Hornhaut ist trüb und von Gefässen durchzogen, wie sie nach Keratitis diffusa fast stets zurückbleiben. Die Iris zeigt zahlreiche atrophische Stellen und vielfache hintere Synechieen. Beiderseits grobe Glaskörpertrübungen. Retinitis centralis et peripherica specifica. Die periphere Retinitis ist leicht zu sehen. Es finden sich äusserst zahlreiche rötliche, weissliche und vor allem Pigmentherde, die teilweise schon confluieren. Die centrale Retinitis ist viel weniger ausgeprägt. Es finden sich nur rötliche Herdchen, die wegen der Hornhauttrübung äusserst schwer zu sehen sind. Sehschärfe beiderseits circa $^1/_8$ mit 5 Dioptrieen concav. Gesichtsfeld ziemlich normal. Redner streift zum Schluss die Frage, wie Kinder mit Lues hereditaria tarda im Sinne Fourniers zu beurteilen sind. Er glaubt 1. dass manche Kinder, welche zur Zeit der Pubertät an Gummata erkranken, wohl post partum inficiert sind, dass aber die Infection übersehen wurde und daher eine spezifische Behandlung ausblieb, 2. dass bei manchen Kindern die post partum vorhandenen congenitalen Syphilissymptome nicht erkannt, bezw. übersehen wurden und daher gleichfalls eine Behandlung nicht erfolgte, 3. in manchen Fällen die ersten manifesten Symptome bereits intrauterin verlaufen und dann die Kinder anscheinend gesund

geboren werden und später an Tertiärsymptomen erkranken, 4. dass manchmal vielleicht keine syphilitische Infection, sondern eine syphilitische Intoxication vorliegt (Finger).

Herr G. Lewin: Sie wissen, dass eine Anzahl Autoren überhaupt kein Lues hereditaria tarda zugiebt. Ich gehöre nicht zu diesen. Doch habe ich in mehreren Fällen durch Nachforschungen bei den Eltern und Hausärzten nachweisen können, dass die als heredit. tarda angenommene Syphilis erst nach der Geburt acquiriert worden ist. Bei passender Gelegenheit werde ich diese Fälle speciell mitteilen. Ausserdem wird bisweilen eine Lues irrtümlich angenommen und die Erscheinungen beruhen auf Scrophulose, Lupus und Tuberkulose; Exempla sunt odiosa.

Herr Rosenthal fragt, seit wann die Augen- und die Ohrenaffection besteht.

Herr Ledermann: Beides seit etwa zwei Jahren.

Herr Fürst: Mir ist aufgefallen, dass diese Fälle von Syphilis hereditaria tarda fast immer bei weiblichen Personen vorkommen. Hier finden sich alle die schweren Erscheinungen, auch die Keratitis.

Dann wollte ich bemerken, dass Hutchinson's Trias, so viel ich weiss, Augen, Zähne und Kniegelenke sind. Das Ohr erwähnt er nicht, doch kann ich mich hierin täuschen. (Widerspruch).

Herr Lewin: Auch die 200 Kranke, auf die ich hingewiesen habe, waren meist Frauen.

Herr Ledermann: In solchen Fällen lässt sich eine sichere Anamnese fast nie feststellen, und man ist dann stets mehr oder minder auf die Aussagen der Leute angewiesen. Aber immerhin ist es denkbar, wie es Finger ausgeführt hat, dass Frauen, welche syphilitische Kinder gebären, auch wenn sie selbst keine Syphilis haben, immun gegen ihre Kinder sind. Dieses Immunisationsgesetz bezieht Finger darauf, dass die Stoffwechselprodukte leichter auf die Placenta übergehen als die Syphilisbakterien. Nun ist es interessant, dass Mütter, welche nie Syphilis gehabt haben, ja, zum zweiten Male verheiratet waren, ohne ihren Mann zu infizieren, später an tertiären Erscheinungen erkranken. Es findet also unter dem Einfluss der Stoffwechselprodukte eine chemische Intoxication des Körpers statt, die die Gewebe in einer derartigen Richtung verändert, dass sie auf bestimmte Reize mit der Bildung von Tertiärsymptomen reagieren, und umgekehrt wäre dasselbe bei Kindern der Fall, die von hereditär syphilitischen Eltern abstammen und nur eine Intoxication, aber keine Infection haben.

Herr Lassar: Ich weiss nicht, ob wir recht daran thun, diese Hypothese Finger's zu unterstützen, die doch wieder auf einer Theorie fusst; es kann natürlich alles so sein, aber es fehlt doch eigentlich jeder Beweis. Ich muss das betonen, damit nicht der Anschein erweckt wird, als sei diese Anschauung die in der Gesellschaft allein herrschende. Die Frauen sind ja garnicht immun, es zeigen sich bei vielen selbst spätere Erscheinungen, welche nicht darauf hinweisen, dass sie durchseucht sind durch ein toxisches Antitoxin, sondern dass ein Keim in ihrem Körper latent geblieben ist.

Herr Lewin: Das Thema ist sehr interessant, aber wenn wir uns darin vertiefen wollten, so würde dies lange Zeit in Anspruch nehmen.

Herr Rosenthal: Ich wollte nur kurz, ohne die Theorie von

Finger direkt zu unterstützen, erwähnen, dass der von Herrn Lassar hervorgehobene Widerspruch nicht vorhanden ist. Finger nimmt an, dass die Immunisierung durch Toxine hervorgerufen werden, ebenso wie alle tertiären Erscheinungen nicht durch die Bakterien selbst erzeugt werden. So ist er auch der Meinung, dass das Jodkali eine Wirkung gegen das Toxin, das Quecksilber gegen die Bacillen ausübt.

Herr Isaac: Ich möchte im Anschluss an diese Diskussion kurz über einen Fall berichten, der zwar streng genommen nicht hierher gehört, aber für die ganze Frage insofern von Interesse ist, als er beweist, dass die Vererbung der Syphilis noch sehr spät nach überstandener Lues stattfinden kann. Der Vater des Kindes, welches mit ausgesprochenen specifischen Erscheinungen: — Condylome, Pemphigus, papulöser Syphilis — zur Welt kam, hatte 14 Jahre vor der Geburt dieses erstgeborenen Kindes eine leichte Syphilis durchgemacht, war seit 8 Jahren verheiratet; weder er noch die Mutter zeigten, wie die genaue Untersuchung ergab, die geringste Spur einer stattgehabten syphilitischen Infection.

Leichte syphilitische Erscheinungen können bei neugeborenen Kindern leicht übersehen oder falsch gedeutet werden. Die Eltern haben an die überstandene Lues längst vergessen oder wollen sie nie gehabt haben; ich sehe aber noch gar nicht ein, warum die Syphilis, ebenso wie bei Erwachsenen, nicht auch bei Kindern temporär ohne Behandlung heilen kann und meine, dass die sog. Syphilis hereditaria tarda nur die Schulformen der Lues darstellt, die wir in derselben Art und Weise noch bei Erwachsenen nach 10—15 Jahren des Bestehens der Lues zu sehen gewohnt sind. Mir ist es unerklärlich, weshalb man bei einer so einfach zu deutenden Thatsache immer noch nach gewundenen Erklärungen sucht.

Herr Saalfeld: Zur Syphilisbehandlung. (Der Vortrag erscheint in extenso in den Therapeutischen Monatsheften.)

Herr Lewin: Die erste Frage, die ich für sehr wichtig halte, ist bereits im Verein für innere Medizin besprochen worden. Ich stellte dort eine Kranke vor, die nach wenigen Einreibungen von ung. cin. eine Albuminurie bekommen hatte. Sie erinnern sich vielleicht der Kranken. Die Albuminurie hatte einen drohenden Charakter. Es wurde damals die Frage aufgeworfen, ob überhaupt Quecksilber leicht Albuminurie erzeugt. Herr Prof. Fürbringer hatte diese, ich glaube in ca. 8 % bei seinen Kranken constatiert. Bei meiner subcutanen Subl. Injectionskur tritt Albuminurie nicht ein. Ich habe eine grosse Anzahl derartiger selbst mit grossen Dosen Sublimat Behandelter untersucht. In letzter Zeit hat Herr Dr. Heller solche Untersuchungen von Neuem aufgenommen, und ist glaube ich zu denselben Resultaten gekommen.

Herr Heller: Die Untersuchungen über die Albuminurie in Verlauf der mercuriellen Behandlung sind noch nicht abgeschlossen. Sichere Schlüsse lassen sich nur aus einem sehr grossen Material gewinnen. Bisher ist noch in keinem der 100 untersuchten Fälle Albuminurie gefunden worden, die mit Sicherheit auf die Quecksilberbehandlung zurückzuführen wäre. Eine ganze Menge von Fehlerquellen (complicierende Gonorrhoe, Cystitis, Prostatorrhoe, Pollutionen u. a.) sind in jedem Falle auszuschalten.

Herr Isaac: Vor einigen Monaten kam ein junger Mann in meiner *Klinik zur Aufnahme,* der recht schwere Erscheinungen der Spätsyphilis

darbot. Perforation der Nasenscheidewand und des palatum durum, sowie zerfallene Gummiknoten am rechten Unterschenkel. Einige Tage nach der Aufnahme machte er mich auf Schwellungen an den Knöcheln beider Unterschenkel aufmerksam, auch die Hände zeigten ödematöse Anschwellung, ebenso die unteren Augenlieder. Eine Untersuchung des Urins ergab grosse Mengen von Eiweiss und Cylinder. Da ich an eine Complication von Nierensyphilis dachte, setzte ich die begonnenen Einreibungen ruhig fort, aber bereits bei der 10ten Innunction nahmen die Folgeerscheinungen der Nephritis einen stark bedrohlichen Charakter an. Die Oedeme hatten sich enorm ausgedehnt, es war Hydrops hinzugetreten. Der Urin war mit Blut untermischt. Wir fürchteten zwei Tage für das Leben des Kranken, da er sichtlich collabierte und schon eine Dyspnoe in Folge aufgetretenen Lungenödems vorhanden war. Da diese Erscheinungen nur eine Folge der durch die Nierenerkrankung verhinderte Merkurausscheidung darstellen konnten, so wurde selbstverständlich sofort mit der Kur aufgehört und was wir kaum noch zu hoffen wagten trat ein: die oben beschriebenen, das Leben bedrohlichen Erscheinungen gingen nach kurzer Zeit zurück und ging der Patient zur Heilung seiner Nephritis in ein anderes Krankenhaus. Dieser Fall beweist aber, dass man sich hüten muss, Nephritikern zu viel Merkur einzuverleiben, jedenfalls muss man immer mit der Anwendung dieses Mittels äusserst vorsichtig verfahren.

Herr Mankiewicz. Ich habe an den Vortragenden verschiedene Fragen zu richten: 1) Wieviel Quecksilber ist geschmiert? 2) Hat die Dame früher und auch während der Kur zur Reinigung des Mundes Kal. chloricum genommen? 3) War vor der Kur schon Nephritis vorhanden? 4) Ist der Urin untersucht worden und kann uns der Vortragende Mitteilungen machen über den schädlichen Einfluss des Kal. chloricum auf die Nieren? Ich habe s. Z. im Verein für innere Medizin bei der durch den Vortrag des Herrn Geh. R. Lewin hervorgerufenen Debatte daran erinnert, dass das Kal. chloricum ein intensives Nierengift ist und an den Fall eines jungen Collegen erinnert, der nach einer einzigen Gurgelung von Kal. chloricum einer schweren haemorrhagischen Nephritis zu Grunde gegangen ist. Es wäre doch wohl denkbar, dass der erste Reiz auf die Nieren von dem viel intensiver wirkenden Kal. chloricum, und nicht von dem Quecksilber ausgeübt worden ist.

Herr Lassar macht darauf aufmerksam, dass auch Nephritiker manchmal mit Hg behandelt werden müssen und das Risiko nicht so gar gross sei.

Herr Richter glaubt nicht, dass die Nierenaffection nach Kali chloricum so leicht mit der Albuminurie nach Quecksilber zu verwechseln wäre. Erstere ist eine acute haemorrhagische Nephritis und der mikroskopische Befund zahlreicher roter Blutkörperchen wird die Unterscheidung ermöglichen.

Herr Lewin: Ich habe eine ganze Anzahl syphilitischer Nephritiden behandelt, stets Quecksilber gegeben und gute Erfolge erzielt.

Man kann ferner leicht Albuminurie erzeugen, wenn man neben Einreibung von grauer Salbe gleichzeitig Jodkalium giebt, es bildet sich dann im Organismus das sehr giftige Quecksilber jodid. — Leider ver-

ordnen einzelne Autoren jetzt wieder grosse Dosen ung. cin., selbst 10—15,0 wobei sich traurige Vorkommnisse einstellen können.

Herr Saalfeld meint, dass bei den Fällen von Nephritis nach Kali chloricum doch eine Idiosyncrasie gegen das Mittel bestehen müsse. Die Furcht vor einer Intoxication mit Kalichloricum hat an seine Stelle vielfach das Kaliumpermanganat setzen lassen. Ob die von S. erwähnte Patientin vorher eine Nephritis gehabt hat, kommt hier nicht so sehr in Betracht, da der Prozentgehalt an Eiweiss während der Einreibungen stieg.

Was sodann die Angabe Fürbringers betrifft, dass sich bei 8% aller Syphilitiker Eiweiss im Harn fände, so kann S. diese Angabe nach seinen Untersuchungen, die er früher angestellt, nicht bestätigen. Dennoch möchte S. wünschen, dass der Urin häufiger in regelmässigen Zwischenräumen untersucht wird, als es jetzt üblich ist, da man dann vor unangenehmen Ereignissen bewahrt werden kann.

Es sind thatsächlich Fälle beschrieben worden, in denen eine typische durch Syphilis bedingte Nephritis aufgestellt ist. Bezüglich des Unterschiedes zwischen der Kalichloricum- und der Quecksilbernephritis haben wir keine bestimmten Momente, abgesehen von denen, die sich durch das Aussetzen des einen oder anderen Mittels ergeben.

Herr Karewski: Ueber gonorrhoische Hodengangrän. (Der Vortrag ist anderweitig veröffentlicht). —

Discussion:

Herr Heller erwähnt, dass sich in der Sammlung der Charité ein Präparat befindet, dass eine Thrombose des Plexus pampiniformis darstellt. Ausserdem hebt er hervor, dass man bisher annahm, die Epididymitis werde durch Fortschreiten des gonorrhoischen Prozesses hervorgerufen, während man nach den Ausführungen K.'s zu der Ansicht kommen könnte, dass derartige Prozesse auf embolischem Wege entstehen können. In diesem Falle müsste man die Tripperspritze vollständig ausser Gebrauch setzen. —

Herr Frank: Es handelt sich nicht wesentlich darum, dass die Gonokokken sich durch Fortpflanzung auf den Schleimhäuten im Körper verbreiten, sondern darum, dass sie durch die Blut- und Lymphbahnen vordringen und so entfernter liegende Bezirke inficiren. Beweisend für diese Auffassung sind eine Anzahl von Sektionen, die von Prof. Weichselbaum und seinen Assistenten an ophthalmoblennorrhoisch erkrankten Kindern ausgeführt wurden. Sowohl in den secundär auftretenden Gelenksabscessen wie im Blut und im Herzen wurden Gonokokken durch das Wertheim'sche Culturverfahren nachgewiesen.

Herr Lewin: Auf meiner Abteilung in der Charité kamen 3 Fälle von Gangrän des Hodens vor. In einen Falle in Folge von zu starker Einwicklung bei Epididymitis gonorrhoica; der andere nach zu lange Zeit fortgesetzten Eis-Compressen. In beiden Fällen waren einzelne Partieen des Hodenparenchyms ergriffen, nach deren Abstossung Heilung eintrat. Bei dem dritten Kranken trat ohne nachweisbare Ursache nach vorangegangener Epididymitis linksseitige Hodengangrän ein, welche den einen Teil des Hodens und allmälig sämtliche Weichteile, Bindegewebe, den Cremaster, die Tunika dartos und die Scrotalhaut zerstörte. Schliesslich entwickelte sich Heilung mit vollständiger Wiederbildung der zerstörten Organe und der gerunzelten Scrotalhaut.

Partielle Hodenabscesse sind nichts Seltenes, so z. B. bei der mit Epididymitis combinirten Orchitis. Ich erinnere daran, dass vom corpus Highmori aus verdichtete Bindegewebsstrata das Hodenparenchym in Septa teilt. Hierdurch kommt es, dass die Abscedierungen meist nur oder doch nur einige Septa betreffen, also die Abscesse hier beschränkt bleiben. (Zeichnung). Der gebildete Eiter wird spontan in der grösseren Mehrzahl der Fälle resorbiert und zwar wohl dadurch, dass die feste fibröse Albuginea wie ein Compressionsverband auf die Resorption befördernd wirkt. Deshalb darf man bei selbst deutlich vorhandener Fluctuation nie incidieren. Geschieht dies dennoch, oder tritt spontan eine Oeffnung ein, so denke man wohl daran, dass die gelblichen Fädchen Samenkanälchen und keine Eiter sind. Es ist ja bekannt, dass in einer Anzahl Fällen ein grosser Teil der Samenfäden aus dem erwähnten Missverständnisse sorgsam herausgezogen worden sind und so teilweise Impotenz erzeugt werden konnte.

Herr Karewski ist nicht der Ansicht, dass die von Herrn Lewin angeführten Fälle den seinen entsprechen, da es sich bei Herrn Lewin's Kranken znvörderst um eine Gangrän des Scrotums gehandelt hat. Dass der Hodensack zu Grunde gehen kann und die Hoden trotzdem intakt bleiben, ist eine oft zu wiederholende Erfahrung. Daher müssen diese Fälle, bei denen der Testis selbst nicht leidet, von den seinigen unterschieden werden. —

Herr C. Benda: Der Hinweis des Herrn Geh.-R. Lewin, dass innerhalb des Hodenparenchyms durch die bindegewebigen Septa eine natürliche Abscheidung gegeben ist, gilt nicht für den Hilus des Hodens. Bei einer Fortleitnng vom Vas deferens und vom Nebenhoden ist durch die allseitige Communication der Kanälchen des Rete testis die anatomische Grundlage für eine ganz diffuse Verbreitung von Entzündungsprocessen im Hoden gegeben.

Herr Ledermann: Syphilis maligna: Stellt ein Mädchen von 19 Jahren vor, welches vor 2 Jahren syphilitisch inficiert, trotz energischer Behandlung ein Jahr später an einer grossen Anzahl tiefer Ulcerationen an beiden Beinen erkrankte, welche mit Hinterlassung tiefer, dunkel pigmentirter, teils runder, teils serpiginöser Narben verheilt sind. Zur Zeit zeigt die sehr anämische Kranke wieder ein etwa handtellergrosses Geschwür an dem linken Malleolus internus, welches unter Behandlung mit Hgresorbineinreibungen und mit Eisensyrup, sowie unter lokaler Jodoformsalbenbehandlung schnelle Tendenz zur Heilung zeigt. Bemerkenswert für die intensive Resorption des Hgresorbins ist die bereits nach 8 Inunctionen à 3,0 g. trotz sorgfältiger Mundpflege aufgetretene Gingivitis, welche eine Unterbrechung der Schmierkur zur Zeit notwendig macht.

Ueber Molluscum contagiosum. Herr Ledermann demonstriert Herrn Prof. Neisser gehörige Schnitte von Molluscum contagiosum, schildert die Entwickelung derselben an der Hand instructiver Abbildungen und bespricht die überraschenden Befunde Toutons, dem es gelang, den vollständigen Entwickelungsgang der ätiologisch wichtigen Gregarinen, wenn auch nicht in der Cultur, so doch im mikroskopischen Bilde zu fixieren und dadurch die Anschauungen Neissers in allen wesentlichen Punkten zu bestätigen.

Sitzung vom 15. Januar 1895.

Vorsitzender: Herr Lassar. Schriftführer: Herr Saalfeld.

I. Herr Blaschko. Krankenvorstellung.

Die Erkenntnis, dass der Lupus eine Hauttuberculose ist, stiess noch bis in die letzten Jahre hinein von seiten einiger Dermatologen auf ziemlich grossen Widerstand. Eigentlich ist erst seit der Tuberculinperiode auch von jener Seite her der letzte Zweifel an der tuberculösen Natur des Lupus verstummt. Nun kennen wir ja ausser den Lupus noch eine Reihe anderer tuberculöser Hauterkrankungen; und es ist immer von den Gegnern der Anschauung von der tuberculösen Natur des Lupus hervorgehoben, dass niemals ein Übergang der verschiedenen Formen der Hauttuberculose, in Lupus beobachtet worden sei. Ich möchte Ihnen heute zwei Fälle vorstellen, welche dadurch ein gewisses Interesse beanspruchen, dass sie einen solchen Übergang von Tuberculosa verrucosa cutis in eine andere tuberculöse Hauterkrankung, das eine Mal in Scrophuloderma, das andere Mal in Lupus zeigen.

Bei diesem 24jährigen Manne, welcher seit mehreren Jahren in der Regio achillea eine Tuberculosis verrucosa cutis aufweist, hat sich seit einigen Monaten neben der ursprünglichen Erkrankung ein schlapper Abscess entwickelt, der bei der Eröffnung tuberculösen Eiter entleerte und dessen Wandungen mit tuberculösen Granulationen bedeckt waren — also ein typisches Scrophuloderma.

Noch flagranter ist der Übergang der beiden Formen von Hauttuberculose bei dem anderen Patienten, bei dem die ältere Erkrankung schon seit 36 Jahren besteht. Der Patient erlitt im Jahre 1859 eine Verletzung des Mittelfingers der linken Hand, woran dann eine Amputation in der Charité vollzogen werden musste. Nachträglich schloss sich eine Nekrose der ersten Phalanx an, es musste eine Exarticulation des Metacarpo-Phalangealgelenkes gemacht werden, und im Anschluss an diese Erkrankung entwickelte sich das Leiden, dessen Erscheinungsweise Sie heute recht charakteristisch sehen. Ich glaube nicht, dass eine Tuberculosis verrucosa cutis in dieser ungeheueren Ausdehnung — wie Sie sehen, sind sämtliche Finger, die Hand und fasst der ganze Vorderarm an der Erkrankung beteiligt — schon oft beobachtet ist. Der Patient schützt die Hand bei seiner Arbeit beständig durch einen Handschuh, sodass die entzündlichen Reizerscheinungen, welche die Tb. verrucosa cutis meist begleiten, die Pusteln, der erythematöse Hof nur schwach ausgebildet sind; doch finden wir die der Erkrankung eigentümliche verrucösen Plaques mit ihren Hornzäpfchen, die Umgebung der Plaques leicht geschwollen und cyanotisch. Die Erkrankung ist im Laufe der Jahre von dem Dorsum manus als auch von der Palma weiter nach oben geschritten, sie ist auf einzelnen Stellen auch zur spontanen Verheilung und Vernarbung gekommen. Es hat sich nun am oberen Rande der Erkrankung ebenfalls eine Tuberculose etabliert, aber, wie Sie sehen, ganz in der typischen Form des Lupus vulgaris. Wir haben Schnitte angefertigt und typisches tuberculöses Gewebe gefunden, wenn auch nicht Tuberkelbazillen, deren Nachweis beim Lupus bekanntlich ausserordentlich schwierig ist. Der Fall ist eigenartig, wegen der grossen Ausdehnung, der langen Dauer und, worauf ich Sie auch noch aufmerksam machen möchte, wegen

der eigentümlichen Veränderung der Nägel, welche ausserordentlich missgestaltet sind.

Das Hauptinteresse an dem Falle aber wird dadurch begründet, dass er an einzelnen Stellen der Haut die Tuberculosa verrucosa, an anderen Lupus zeigt; ja man kann an einzelnen Plaques direct den Übergang beider Krankheitsformen in einander sehen.

II. Herr Benda. Über Molluscum contagiosum.

Die Anregung zu meinen Untersuchungen über das Molluscum contagiosum verdanke ich einer Sitzung dieser Gesellschaft, einem Vortrage des Herrn Kromayer. Ich hatte damals kurz meine Anschauungen bezüglich des Molluscum contagiosum geäussert, die ich mir auf Grund von Präparaten, die ich Herrn Dr. Blaschko und Herrn Dr. Sederholm in Stockholm verdanke, gebildet hatte. Ich bin nachher durch die Güte des Herrn Prof. Lassar und seiner Assistenten, der Herren Dr. Peter und Meissner, in die Lage gesetzt worden, selbst Material zu untersuchen, das ich im denkbar frischesten Zustande erhalten habe und mit den verschiedensten Härtungs- und Färbemitteln behandeln konnte.

Ich glaube, Sie sind im allgemeinen so weit über die Molluscumfrage orientiert, dass ich mir weitere Auseinandersetzungen über die Litteratur ersparen kann. Meine Untersuchungen beschäftigen sich hauptsächlich mit den mikroskopischen Beobachtungen von Neisser, Touton[1]) und Kromayer, und ich will deshalb darauf näher eingehen.

Die Molluscumfrage ist in den letzten Jahren mit grosser Animosität erörtert. Wenn wir uns fragen, wie man bei dieser kleinen, unscheinbaren Krankheit, welche vielen überhaupt noch nicht zu Gesichte gekommen ist, dazu gelangt ist, so müssen wir sagen, dass die meisten vom Molluscum sprechen und das Carcinom meinen. Man glaubt eben, dass die Untersuchungen, die sich auf das Molluscumkörperchen beziehen, in unmittelbarem Zusammenhange mit der Carcinomfrage stehen.

Zuerst einige kurze Bemerkungen über diesen Punkt. Man glaubt, dass beim Molluscum von einer Einwucherung von Epithelelementen die Rede ist und das würde einen wesentlichen Zusammenhang mit Carcinombildung geben. Ich muss das in Abrede stellen. Ich halte mit Virchow und O. Israel alle tief in die Cutis eingebetteten Molluscumknoten für Provenienzen von Haarfollikeln. Dass daneben auch vom Oberflächenepithel Entwickelungen der Molluscumknoten ausgehen können, will ich keineswegs in Abrede stellen, wohl aber, dass diese soweit in die Tiefe dringen, wie die grossen Knoten, die sich aus Haarbälgen entwickeln. Wenn ich also gegen die Einwucherung eingenommen bin, so bin ich es sogar auch in gewissem Sinne gegen eine Wucherung. Wenn wir eine von Molluscum befallene Stelle mit der Umgebung vergleichen und mit der benachbarten Epidermis, so erscheint es auf den ersten Blick, als ob dieser Molluscumknoten eine viel kolossalere Bildung ist wie die umliegende Epidermis, und als ob es da zu bedeutender Zellvermehrung gekommen sein müsse. Mustern wir aber die einzelnen Factoren, so kommen wir zu einer anderen Ansicht. Das Stratum cylindricum, die zunächst liegenden Schichten, von denen jede normale und pathologische Wuche-

[1]) Die Mitteilungen Neisser's und Touton's auf dem letzten Dermatologenkongress habe ich bei meinem Vortrage noch nicht berücksichtigen können.

rung ausgehen muss, zeigen ein durchaus normales Verhalten. Ich will nicht ausschliessen, dass auch durch die Reizung des Gewebes etwas vermehrte Zellbildung erfolgt, aber ich kann nach dem, was ich gesehen habe, die Zellwucherung nicht als einen primären und wesentlichen Factor der Molluscumbildung ansehen. Wir behalten also nur das eine Merkmal übrig, die merkwürdigen Molluscumkörperchen, die das Molluscum charakterisieren, und diese haben mit keiner, beim Carcinom bekannten Bildung etwas zu thun.

Die einzige Bildung, die grosse Ähnlichkeit mit dem Molluscum hat, auf die ich durch meinen verehrten Freund R. Pfeiffer aufmerksam gemacht worden bin, ist die Vogelpocke, obgleich auch sie zu einer ganz anderen Klasse gehört. Es sind gewisse Verwandtschaften vorhanden, auf die ich heute nicht eingehen will.

Was sind nun die Molluscumkörperchen? Dass es sich hier um Epidermiszellen handelt, die die Grundlage dieser Körperchen bilden, ist wohl allgemein anerkannt. Wir können ja selbst in späteren Stadien dieser Bildungen den Kern und die Membran der Epidermiszelle wohl erkennen. In der Region, in der wir den Endpunkt des Processes, gewissermassen das reife Molluscumkörperchen, zu suchen haben, nämlich in den verhornten Abstossungsschichten der Epidermis, finden wir im Innern der Epidermiszelle, von dieser kapselartig umhüllt einen scharf abgegrenzten, distinkt färbbaren homogenen Körper. Wenn wir die Entstehung dieser Bildung rückläufig, d. h. gegen die tieferen Epidermisschichten hin verfolgen, so sehen wir, dass dem homogenen Stadium des Zelleinschlusses etwa in der Gegend des Stratun lucidum ein Stadium voraufgeht, in dem der scharf begrenzte Einschluss durch eine Anzahl von Scheidewänden durchsetzt ist. Es ist dies das Stadium, in welchem Neisser die Sporulation seines Parasiten sieht. Gehen wir weiter zurück, so finden wir, dass die scharfen Umrisse dieses Inhalts der Zelle immer mehr verschwinden, nur eine Continuität desselben mit Teilen der Zelle zustande kommt. Es sind das die Stadien, über die Sie gerade hier Herrn Kromayer haben sprechen hören, dessen Beobachtungen ich in dieser Beziehung bestätigen kann. Wenn wir aber noch weiter zurückgehen in Stadien, die Kromayer nicht beobachtet hat, so kommen wir in der dritten oder vierten Zellschicht vom Stratum cylindricum gerechnet zu kleinen Gebilden, die, wie mir scheint[1]) zuerst von Touton erwähnt sind, Körperchen, die wieder eine ziemlich scharfe Abgrenzung besitzen, und die sich durch ihre scharfe Lichtbrechung abheben. Wir können also vorläufig diese Entwickelungsreihe als feststehend betrachten, dass in den tiefen Schichten der Epidermis, zuerst diese kleinen, scharf abgegrenzten Körperchen den Anfang der Molluscumbildung bereichern; hieraus entwickelt sich eine diffusere Bildung, die zerfällt in eine Reihe von scharf begrenzten Einzelabteilungen, und schliesslich findet sich wieder ein homogener Körper im Innern der Zelle.

Meine eben gegebene Schilderung, die ich durch Präparate belegen kann, enthält schon, wie ich glaube, eine Widerlegung der Auffassung

---

[1]) Ich habe jetzt gefunden, dass wohl Marchand zuerst diese Körperchen beschreibt (1890), während sie in Neisser's grosser Arbeit (1888) nicht deutlich erkennbar werden. In Neisser's letzter Mitteilung (1894) sind sie zwar ähnlich, wie ich sie sehe, abgebildet. (Fig. f.)

Neisser's über die Entwickelung eines Parasiten. Ich habe dies noch etwas im Einzelnen zu verfolgen.

Wenn die scharf abgegrenzten Abteilungen im Molluscumkörperchen Sporen, d. h. Dauerformen von Keimkörperchen, sein könnten, so müsste die Ausstossung in Form solcher Sporocyste oder nach Zerfall derselben erfolgen, wie er beim Vergleich mit anderen Parasiten beobachtet wird. Statt dessen sehen wir die angebliche Sporocyste durch Verschwinden der Scheidewände und Confluenz der Abteilungen in einen homogenen Körper übergehen: der beste Beweis, dass es sich nicht um eine Sporocyste handelt.

Auch die Vorgeschichte dieses Stadiums spricht gegen Neisser's Auffassung. Dem Höhepunkt der Segmentation geht nicht die endogene Wachstumsentwickelung einer bestimmten Anzahl von Einzelkörpern, sondern die fortschreitende Confluenz einer früher erkennbaren grösseren Anzahl derartiger Bildungen voraus. Je weiter wir diese Bildungen zurückverfolgen, umsomehr nehmen sie den Charakter von Protoplasmavacuolen an. In der That halte ich sie für nichts als Protoplasmavacuolen, die zuerst mit wässriger, dann mit hyalinartiger Substanz gefüllt sind, sich auf Kosten des Protoplasmas durch Confluenz vergrössern und schliesslich einen homogenen, durch Wasserverlust konsistenten Körper bilden. Schliesslich fehlt ja auch in der Neisser'schen Auffassung das nötigste Glied; die Beobachtung, dass einmal derartige sporenähnliche Körperchen wieder in Zellen eindringen und eine neue Infection hervorrufen. Jedenfalls ist eine Identität der ausgestossenen Molluscumkörperchen mit den Initialformen der Zelleinschlüsse durchaus in Abrede zu stellen.

Ich habe nun mit neuen Färbungen und Härtungen besonders diese Initialformen untersucht und glaube durch ein Salpetersäure-Kalibichromat-Verfahren über dieselben einige Aufklärungen erhalten zu haben. Es gelang mir nach dem Salpetersäureverfahren mit verschiedenen Färbemethoden die Körperchen scharf, und manchmal sogar allein, zu färben. Ich erreichte dies zuerst mit einer Modification meines Eisen-Haematoxilinverfahrens, dann aber vor allen Dingen mit dem etwas veränderten Gram'schen Verfahren. Ich konnte constatieren, dass die Menge der Initialkörperchen in den verschiedenen Molluscumknötchen sehr verschieden ist. Ich habe manche gesehen, in denen ausserordentlich wenige vorkommen, andere — und davon habe ich gerade eins eingestellt — in dem sie in grossen Mengen vorhanden sind, und gerade in diesem Molluscumkörperchen habe ich auch die mir interessantesten Beobachtungen gemacht. Ich sah mehrfaches Verhandensein dieses Körperchens, Bildungen, die einerseits so aussehen, als ob das Körperchen sich teilt, andererseits, als ob sich kleinere Partikelchen abschnüren, und in manchen Zellleibern sieht man eine grosse Anzahl der Körperchen innerhalb kleine Vacuolen des Protoplasmas.

Ich will hier zuerst eine Lücke ausfüllen. Den Übergang der Initialkörperchen in die Molluscumbildungen glaube ich genau verfolgen zu können. Das Körperchen verliert seine scharfe Kontur, und es gehen von ihm feine Verbindungsfäden in das Protoplasma hinein, die z. T. dieselbe Färbung behalten, andererseits aber blasser werden, und so kommt das mangelhaft konturierte Körperchen zustande, wie es Kromayer beschrieben hat. Die Vielheit und die distinkte Färbbarkeit des Initial-

körperchens in den Zellen des Stratum Malpighii, u. zw. in den dem Stratum cylindricum nahe liegenden Schichten, sind die Thatsachen, um die ich die Kenntnis von den Molluscumkörperchen bereichern zu können glaubte.[1])

Mit der Formulierung meiner Ansicht über das Wesen dieser Gebilde werde ich sehr vorsichtig sein. Zuerst möchte ich feststellen, dass ich den Übergang des Initialkörperchen in das Kromayersche Stadium nicht für eine Weiterentwickelung, sondern für eine Auflösung, eine Degeneration des Zelleinschlusses halte, da derselbe seine Begrenzung und seine Färbbarkeit verliert. Was nun jene scharf färbbaren Initialkörperchen betrifft, so habe ich sie mit allen möglichen in Frage kommenden Bildungen verglichen. Ich habe an Nebenkernformen, an eingewanderte Leukocyten, an abortive Mitosen, an Eleidin, Hyalin, Kolloidtropfen oder -körner gedacht, und jede Identität ausschliessen können.

Per exclusionem kann ich mich der Anschauung nicht verschliessen, dass es sich möglicherweise um einen Parasiten handeln könnte, und muss sagen, dass diese Initialkörperchen das einzige sind, was ich in dem Molluscum für einen Parasiten ansprechen könnte. Welcher Gruppe von Parasiten dieses Gebilde angehört, das ist wieder eine sehr schwierige Frage; es gehört keiner der uns geläufigen Gruppen an, und das würde ja wieder gegen eine solche Auffassung sprechen. Die ungleichen Formen der Körperchen sprechen dagegen, dass es sich um einen Schizomyceten handelt, da wir hier eine grössere Gleichmässigkeit der Formen sehen. Bei Sporozoen kommen solche ungleiche Formen vor, aber der Körper ist so verschieden davon, dass ich ihn nicht ohne weiteres dafür erklären könnte. Ich erkläre mich vorläufig für incompetent, diese Frage zu entscheiden und werde das weitere der Diskussion überlassen.

Meine Anschauung geht also dahin, dass sich beim Molluscum contagiosum in den nahe am Stratum cylindricum gelegenen Schichten der Epidermis ein Körperchen entwickelt und vermehrt, welches wahrscheinlich ein Parasit ist, dass dies Körperchen bei der weiteren dem Verhorunngsvorgange in den nahe am Stratum entsprechenden Metamorphose der Epidermiszelle selbst zu Grunde geht, aber eine chemische und morphologische Alteration der Zellmetamorphose bedingt, die sich in der Abscheidung des gemeinhin als Molluscumkörperchen bezeichneten Zelleinschlusses kennzeichnet. Letzterer Zelleinschluss selbst aber ist kein Parasit, sondern ein Degenerationsprodukt, sei es des Parasiten, sei es der Epidermiszelle.

Herr O. Israel stimmt den Ausführungen des Herrn Benda bezüglich der Localisation des Molluscum contagiosum an den Haarfollikeln bei und verweist auf die photographischen Abbildungen, die er 1891 in der zum 70. Geburtstage Virchows von den Assistenten gewidmeten Festschrift gegeben. Die „Molluscumkörperchen" der Geflügelpocken haben wohl gewisse Aehnlichkeit mit denjenigen beim Molluscum contagiosnm, ohne jedoch damit identisch zu sein. Sie scheinen den Hornsubstanzen verwandt, obwohl sie sich gegen Osmiumsäure wie Fettkörper verhalten; sie lösen sich aber nicht in Chloroform und Aether. Nach seinen neuen Erfahrungen möchte J. seine früher ausgesprochene Ansicht dahin modificieren, dass die contagiösen Epitheliome durch eine eigenartige Funktions-

[1]) Bem. bei der Korrektur: Nach Fig. f. in Neisser's neuester Publikation (Verh des dermatol. Kong.) muss ich diesem — unbeschadet einiger Differenzen unserer Auffassung — die eine Priorität allerdings abtreten.

rtörung der Talgdrüsen entstehen, deren Epithel nicht die physiologische Fettspoduktion vollzieht, sondern in einer Weise entartet, deren Endprodukt die Molluskumkörperchen sind. Dassneben der Entartung eine immerhin erhebliche Neubildung von Epithel stattfindet, zeigen die zahlreichen Mitosen, sodass die Geschwulstbildung aus Retention, vielleicht auch aus gesteigerter Produktion hervorgeht. Bei Berücksichtigung dieser Momente muss man zugeben, dass der Krankheitserreger nicht notwendiger Weise im Epithel gesucht zu werden brauche, sondern auch in der Natur vorhanden sein könne, und dass derselbe nicht notwendiger Weise ein Protozoon zu sein brauche, sondern auch bacterieller oder chemischer Natur sein könne; selbst mechanische Störungen, die ja nicht immer zum Atherom zu führen brauchten, wären nicht vollständig auszuschliessen.

Herr Benda: Nur ein Wort über die Vogelpocke: Diese Mass, die bei dieser Erkrankung in den Epidermiszellen liegt, hat sehr wenig Ähnlichkeit mit dem Zelleinschluss der Molluscumzellen, aber die ganze Bildung der Vogelpocke ist ähnlich. In diesen Zellen findet man auch jene kleinsten, mit Gram'scher Lösung färbbaren Körper, die sehr ähnlich denen des Molluscum sind. Dies ist die einzige Aehnlichkeit, die ich gefunden habe.

III. Herr Ledermann: Krankenvorstellung.

Es handelt sich um einen 24 jährigen Patienten, bei dem sich seit 6 Wochen ein allmähliches Ergrauen, zuerst der Kopfhaare, dann der Barthaare, eingestellt hat. Jetzt zeigen sich weisse Haare auf der Brust, in der linken Achselhöhle und an den Pubes. Auffallend ist besonders am Barte die kreisförmige bezw. serpiginöse Ausbreitung der ergrauten Stellen. Am Nacken und den seitlichen Hautparthieen findet sich ein fingerbreiter hyperpigmentierter Streifen. Die Ursachen werden verschieden beschrieben; gewöhnlich sollen nervöse Einflüsse mitwirken, hier liegt nichts derartiges vor. In anderen Fällen liegt eine Heredität zu Grunde, doch auch davon ist hier nichts zu sehen. Ebenso scheint hier eine Vitiligo im gewöhnlichen Sinne nicht vorzuliegen. Interessant ist der acute, progressive Charakter der Affection, welche man füglich nennen könnte: Canities acuta progressiva univervalis. Die Prognose ist meist infaust, in den meisten Fällen ist eine Restitutio nicht möglich.

IV. Herr Joseph: Krankenvorstellung.

Ich werde mir erlauben, Ihnen ganz kurz zwei Fälle aus dem Gebiete der Lues-Lehre vorzustellen. Der erste Patient zeigt eine nicht häufige Lokalisation des extragenitalen Primäraffekts. Er hat schon eine Inunctionskur durchgemacht, und der Primäraffekt ist verheilt; Sie sehen aber noch deutlich eine Sklerose in der Mitte des Kinnes, die durch Rasieren entstanden ist. Interessant ist es, wie der Patient dazu gekommen ist. Er ist erst vor 4 Wochen aus New-York gekommen, wo er sich selbst rasiert und sich dabei oft, besonders in der Falte des Kinnes, verletzt hat. In demselben Hause wohnte ein italienischer Barbier, zu dem er selten ging, weil er ihm wegen eines Exanthems und üblen Geruches aus dem Munde verdächtig vorkam. In der letzten Zeit ging er aber öfter zu ihm und wurde nun infiziert. Diese Art der Infektion scheint mir sehr wahrscheinlich. Interessant ist auch, dass der Patient, der jetzt nur die Schwellung einer Submaxillardrüse rechts und Plaques auf den Tonsillen aufweist, nachdem er von anderer Seite zwei Salicylquecksilber-Injektionen und von mir

15,0 Gramm graue Salbe in Form von Einreibungen bekommen hat, noch immer seine Sklerose zeigt, während sie sonst schneller zurückgeht. Die Anschauung, dass extragenitale Affektionen schwerer als die gewöhnlichen verlaufen, scheint mir nach meinen Beobachtungen nicht richtig zu sein. Sie verlaufen ebenso milde, wie andere Infektionen, der schwerere Verlauf rührt vielleicht davon her, dass sie nicht früh genug erkannt wurden.

Der zweite Patient zeigt ein vorgeschritteneres Stadium der Lues, und zwar ein annuläres, grossknotiges Syphilid am Nasenrücken, das bis an die Nasenwurzel geht. Auch hier ist die Anamnese interessant. Der Patient hat im Jahre 1882 sein Ulcus gehabt, ist bisher niemals behandelt worden, wenn man davon absieht, dass er einmal 20 Pillen gebraucht haben will; er kam jetzt zu mir, nachdem er bereits seit einigen Wochen dieses ringförmige gummöse Syphilid zeigt, daz jetzt nach einigen Einreibungen schon etwas zurückgegangen ist. Auf der Brust finden sich dieselben Erscheinungen. Ich wollte speziell noch darauf hinweisen, dass man nicht immer nur auf einer sehr frühzeitigen und lange durchgeführten Kur bestehen soll. Man muss vielmehr zugeben, dass es eine ganze Reihe von Fällen giebt, die die Neigung haben, von selbst zu heilen. Auch dieser Fall spricht dafür, denn hier ist erst nach 13 Jahren ohne jede Behandlung ein nicht malignes Syphilid vorgekommen, welches der Behandlung sehr leicht nachgiebt. Wenn dieser Patient in den ersten Jahren eine Kur gebraucht hätte, so hätte man dort sicher geglaubt, dass der spätere Verlauf zu Gunsten der Kur spricht. Der Patient ist verheirathet, seine Frau hat einmal, bald nach der Hochzeit, abortiert, sonst traten keine Erscheinungen auf. Man muss also sehr vorsichtig sein, aus der Therapie Rückschlüsse auf den Verlauf der Lues zu ziehen.

V. Herr Ledermann: Krankenvorstellung.

Die vorgestellte Kranke zeichnet sich durch eine besondere Gelenkaffektion, wie sie bei Syphilis sonst nicht häufig ist, aus. Die Frau, welche auf Stirn, Wange und Nase zahlreiche alte Narben von anscheinend tubero-ulcero-serpiginösen Syphiliden und auch frische Syphilide auf Stirn und Kopf hat, zeigt eine Affektion des dorsalen Teils der Metacarpalgelenke, die man für Caries halten könnte. Es handelt sich um ziemlich tief in die Haut hineinragende Ulcerationen mit unterminierten Rändern, die bis auf den Knochen führen. Die Gelenke selbst sind schwer beweglich. Eine Mischinfection von Lues und Tuberkulose, an welche man denken könnte, scheint nicht vorzuliegen.[1])

VI. Herr Saalfeld: Krankenvorstellung.

Ohne auf die Litteratur weiter einzugehen, möchte ich mir erlauben, Ihnen einen der Fälle vorzustellen, die relativ selten, und denen in Deutschland nur wenig Beachtung geschenkt ist. Ich kenne den Patienten seit 5 Jahren, habe ihn mehrfach an recidivierendem Eczem des Gesichtes behandelt kann jetzt eine Reihe von Warzen im Gesicht konstatieren, die er früher nicht gehabt hat, und die 14 Tage vor Weihnachten aufgetreten sind. Ueber diese Affection, die ich als Verrucae planae juveniles auffasse, haben neulich K. Herxheimer und Marx eine Arbeit veröffentlicht.

---

[1]) Anmerkung bei der Correktur: Unter Jodkali intern und Mercurialpflaster local findet eine rasche und erfolgreiche Involution aller Erscheinungen statt.

Sitzung vom 12. Februar 1895.

Vorsitzender: Herr Lewin. Schriftführer: Herr Rosenthal.

I. Herr Rosenthal. Krankenvorstellung.

Der Patient, den ich mir erlaube, Ihnen vorzustellen, ist ein Mann von 27 Jahren, welcher Ende vorigen Jahres mit einer eigentümlichen Hautaffection in der Umgebung des Anus zu mir kam. Die Nates waren fast im ganzen Umfange cyanotisch und stark infiltriert. Diese Verdickung vermehrte sich, je mehr man sich dem Anus näherte. Epidermis und Cutis waren hyperplastisch und durch beträchtliche Neubildung von Bindegewebe war es zur Formation von lappigen, knolligen Tumoren gekommen. Die Affection erstreckte sich auch auf den Damm und auf das Scrotum, dessen Raphe eine stark hervortretende Leiste bildete. Nach meiner Auffassung lag in diesem Falle eine circumscripte Elephantiasis vor, die wie gewöhnlich durch locale Ursachen bedingt war. In der That ergab die Untersuchung des Rectum, dass dort eine harte, für den Finger nicht durchgängige Strictur vorhanden war, welche ungefähr 4 cm vom Anus aufwärts deutlich zu fühlen ist. Woher dieselbe entstanden ist, ist nicht mit Bestimmtheit anzugeben. Mit Ausnahme einer vor sechs Jahren überstandenen Gonorrhoe und einem sich anschliessenden doppelseitigen Bubo, der zur Operation kam, will Patient stets gesund gewesen sein. Lues leugnet er, auch sind keinerlei Anzeichen dafür vorhanden. Vor einem halben Jahre hat Patient eine Gastro-Enteritis durchgemacht und seit dieser Zeit sollen Hindernisse bei der Defäcation bestehen, die den Patienten veranlassen, regelmässig Abführmittel zu gebrauchen. Nebenbei besteht aber ein gewisser Grad von Incontinentia alvi, indem beständig flüssige, fäculente Massen abgehen. Es ist nicht unmöglich, dass die Strictur sich im Verlauf einer Rectalgonorrhoe entwickelt hat. Therapeutisch ist Ichthyol und vieles andere angewendet worden; da der Erfolg bisher ausgeblieben ist, so soll die chirurgische Behandlung der Strictur in Angriff genommen werden.

Herr Saalfeld fragt, ob nicht die Aetiologie für die Verdickung der Haut vielleicht in der beiderseitigen Bubonen-Exstirpation resp. in dem Fehlen der Lymphdrüsen zu finden sei. Es sind dadurch gewisse Circulationsstörungen eingetreten, die die Affection möglicherweise veranlasst haben könnten.

Herr Lewin: Das Wort Elephantiasis muss hier nach meiner Meinung in einschränkendem Sinne gebraucht werden, denn hier ist eine Infiltration im subcutanen Gewebe und eine Hyperplasie der extra sphinctrem liegenden Falten vorhanden. Zur Elephantiasis aber gehört doch etwas anderes; von einer chronischen Neubildung, wie wir sie bei der Elephantiasis kennen, ist hier nichts zu sehen.

Herr Rosenthal: Die Bubonen-Exstirpation liegt sechs Jahre zurück, der Prozess an der Haut hat sich aber erst seit einem halben

Jahre entwickelt. Aber abgesehen davon ist es nicht recht begreiflich, warum, wenn das Fehlen der Lymphdrüsen in den Inguinalgegenden causaliter mit der Entwickelung dieser Affection in Zusammenhang gebracht werden soll, der Sitz am Anus und nicht vielmehr am Ober- oder Unterschenkel vorhanden ist.

Bei der Bezeichnung Elephantiasis möchte ich stehen bleiben. Die Anwesenheit der knolligen Tumoren beweist die Neubildung von Bindegewebe, die, je länger der Prozess besteht, noch massigere Dimensionen annehmen würde. Locale Störungen in den Blut- und Lymphgefässen haben zu einem chronischen Oedem und zu einer Zunahme der Epidermis, der Cutis und des Unterhautzellgewebes geführt.

II. Herr Saalfeld. Krankenvorstellung.

Mit Rücksicht auf den in der letzten Sitzung der medicinischen Gesellschaft vorgestellten Fall von Syphilis des Ohres, der als besonders selten dargestellt wurde, erlaube ich mir Ihnen eine Patientin in der Secundärperiode mit schuppenden Papeln des äusseren Ohres zu demonstrieren. Die Patientin ist erst seit wenigen Tagen in meiner Behandlung, es war mir daher noch nicht möglich, das Innere des Ohres genauer zu untersuchen.

Herr Rosenthal. Ich habe den neulich in der medicinischen Gesellschaft vorgestellten Patienten nicht gesehen; aber eine Seltenheit sind Fälle, in denen es sich um specifische Affectionen des Gehörgangs handelt, keineswegs.

Herr Lewin: Die Fälle sind deshalb selten, weil meist das Ohr nicht untersucht wird.

Herr Saalfeld: Ich stimme auch Herrn Rosenthal bei, möchte aber nur noch auf eine Statistik von Knapp, die mehr als 28 000 Fälle umfasst, hinweisen, die in der New-Yorker Klinik für Augen- und Ohrenkrankheiten beobachtet sind. Der Verfasser kommt zu dem Resultat, dass Syphilis nur 21 mal am Gehörorgane, darunter 10 mal im äusseren Ohr, beobachtet worden ist. Diese Zahlen entsprechen unseren Beobachtungen nicht.

III. Herr Franzen: Krankenvorstellung.

Die Herren Collegen Fischel und Rosenberg haben neulich der Gesellschaft zwei Fälle von Herpes zoster pharyngis vorgestellt. Hier ist ein ähnlicher Fall. Das Kind Bertha Schaer ist ca. 8 Jahre alt, seit dem ersten Jahre taubstumm und erkrankte Ende voriger Woche an neuralgischen Schmerzen der linken Gesichtshälfte. Bald darauf bemerkte die Mutter Bläschen am Gaumen. Sie suchte mit dem Kinde die Kgl. chirurgische Poliklinik auf, deren Leiter Herr Dr. Nasse die dankenswerte Güte hatte, den Fall der Prof. Lassar'schen Poliklinik zu überweisen. Die linke Gesichtshälfte des Kindes ist, wie Sie sehen, stark angeschwollen. Die linke Oberlippe, Nasolabialfalte und der linke Naseneingang zeigen kreisförmig angeordnete, zum Teil eitrig getrübte Bläscheneruptionen. Druck auf die Austrittsstelle des Nervus infraorbitalis wird intensiv schmerzhaft empfunden. Wenn Sie nun den Gaumen der Patientin ansehen, so finden Sie in exquisiter Halbseitigkeit bis auf d

Uvula sich erstreckend, einen schmierigen, gelbgrünen Belag, den macerierten Ueberrest der Herpesbläschen. Die Erkrankung hat ausschliesslich den zweiten Ast des Trigeminus betroffen und zwar die Rami faciales vom Nervus infraorbitalis, den Nervus palatinus anterior und lateralis von den Nervi pterygo palatini.

Herr Siegheim: Gestatten Sie mir ganz kurz über einen Fall zu berichten, der vielleicht Ihr Interesse erwecken dürfte. Ein von mir seit einem halben Jahre an Arteriosklerose mit besonderer Beteiligung der Coronararterien behandelter 75jähriger Patient bekam Mitte Januar plötzlich einen Herpes zoster facialis dextra, und zwar waren Bläschen hinter dem rechten Ohrläppchen zu sehen, das zugleich geschwollen war. Ferner bestanden typische Neuralgien auf der rechten Seite, auch klagte Patient über Brennen im Munde. Bei der Untersuchung der Mundhöhle fand ich den rechten Zungenrand und die rechte Seite des harten Gaumens neben der Uvula mit typischen Bläschen besetzt. Die Bläschen hinter dem Ohr heilten unter indifferenter Behandlung bald ab, die Heilung der im Munde befindlichen Bläschen nahm längere Zeit in Anspruch.

Wenn schon der Herpes zoster facialis nicht häufig ist, so ist die Beteiligung der Mundschleimhaut dabei noch seltener. Ein ganz besonderes Interesse aber gewinnt dieser Fall dadurch, dass acht Tage nach dem Auftreten der Herpesbläschen der Patient auf derselben Seite eine vollständige Facialisparese bekam. Meine Ansicht, die natürlich nur eine Vermutung sein kann, über die Genese dieser Erscheinungen ist die, dass auf Grund der bestehenden Arteriosclerose sich Veränderungen im Gehirn etabliert haben, die gleichzeitig den Herpes zoster und die Facialisparese auslösten.

Herr Fischel: Bei dieser Gelegenheit darf ich vielleicht noch einmal auf den Fall zurückkommen, den ich kürzlich vorgestellt habe. Der Fall verlief insofern sehr interessant, als die damals bestehende doppelseitige Affection, die zuerst einseitig war, sich später wieder auf der ursprünglich befallenen linken Seite etablierte und dann allmählich verschwunden ist. Während des letzten Stadiums der Halsaffection traten auf der äusseren Haut, und zwar zunächst auf der linken Halsseite, dem linken Oberschenkel, Knie und Unterschenkel, grosse erythematöse Flächen auf, welche sich mit pemphigusartigen Blasenerhebungen bedeckten, dann wurde symmetrisch die rechte Seite befallen, dann wieder die linke, bis schliesslich auch diese Affection verschwand, kurz vor dem Erlöschen der letzten Erscheinungen im Halse.

Herr Meissner: Ich wollte nur darauf hinweisen, dass diese Fälle von Herpes zoster facialis vielleicht am geeignetsten sind, über die wirklichen anatomischen Substrate der Erkrankung Aufschluss zu geben. Es besteht seit langer Zeit die Annahme, dass der Herpes zoster des Rumpfes zurückzuführen sei auf eine Erkrankung der spinalen oder intervertebralen Ganglien. Hier liegt nun eine Erkrankung des zweiten Trigeminusastes vor, d. h. eine Erkrankung des Nerven nach der Teilung im Ganglion Gasseri, also rein peripher. Solche Fälle können demnach mit centraler Erkrankung nichts zu thun haben.

Herr Lewin: Hat das Kind etwas eingenommen?

Herr Franzen: Nein, nichts.

Herr Lewin: Eigentlich hat der Vorredner schon meine Ansicht mitgeteilt. Man hielt den Zoster teilweise — und nach Bärensprung sogar stets — für eine Erkrankung des Ganglion intervertebrale oder des Ganglion Gasseri. Diese Ansicht muss man fallen lassen. In einzelnen Fällen liegt eine Erkrankung des Rückenmarks oder des Gehirns vor. Einen interessanten Fall teilte mir ein früherer Assistent von mir mit, der nach einer Trepanation einen Zoster facialis entstehen sah. Ausserdem haben wir auch Beweise, dass durch Blutalteration, z. B. durch Arsen, ein Zoster herbeigeführt werden kann. Aber Fälle, wie der vom Herrn Collegen Siegheim mitgeteilte, lassen sich auch noch anders erklären. Ich glaube, es liegt eine Neuritis des N. Facialis vor, also nicht eine centrale Erkrankung, sondern eine periphere, wie solche Befunde Dubler und Curschmann mitgeteilt haben. Ich erinnere auch an die Fälle von Remak und Güterbock, in welchen mehrere Tage nach einer Facialparalyse ein Zoster des N. lingualis auftrat. Hier setzte sich die Neuritis durch die Chorda tympani auf den N. lingualis fort.

Herr Rosenthal glaubt, dass in dem Fall des Herrn Fischel die Diagnose Herpes pharyngis nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Viel eher dürfte es sich um ein Erythema bullosum gehandelt haben. Ferner macht er, worauf in der Discussion bisher nicht genügend geachtet wurde, auf den Unterschied eines Herpes pharyngis und eines Herpes zoster pharyngis aufmerksam.

Herr Lewin: Obgleich ich über 100 Fälle von Erythema exsud. multiforme beobachtet und 50 publiciert, ja erst heute auf der Station des Herrn Geh.-Rat Leyden einen interessanten derartigen Kranken gesehen habe, so ist mir ein so vielfacher Blüthenausschlag wie in diesem Fall nicht vorgekommen.

Herr Hoffmann: Zur Aetiologie muss ich noch erwähnen, dass ich mehrere Fälle von Diabetes gesehen habe, in denen sich Herpes zoster entwickelte. Wie diese Affection damit in Verbindung steht, weiss ich nicht, aber es kommt häufig vor, ja man muss sogar immer bei Herpes zoster den Urin auf Zucker untersuchen, weil dadurch vielleicht die Diagnose gestellt wird.

Herr Saalfeld: Bei Diabetesfällen ist die Erklärung nicht schwer, wenn man bedenkt, dass bei Diabetikern oft Neuritis vorkommt.

Herr Rosenthal will auf eine Discussion über die blasenbildenden Affectionen der Mundschleimhaut nicht weiter eingehen, sondern verweist, den Ausführungen des Herrn Lewin gegenüber, nur auf seine in der Deutschen medicinischen Wochenschrift über diesen Gegenstand erschienene Arbeit.

Herr Isaac: Es ist bekanntlich sehr auffallend, dass der Herpes zoster mit Vorliebe zu ganz bestimmten Jahreszeiten aufzutreten pflegt, im Frühjahr und Herbst sieht man die meisten Fälle. Ich möchte daraus sowohl, wie aus dem acuten Verlauf, den Fiebererscheinungen, sowie dem plötzlichen Verschwinden der so markanten Symptome den Schluss ziehen, dass der Herpes zoster eine Infectionskrankheit sei.

Herr Fischel: Ich glaube, dass es sich in meinem Falle doch um ein Herpes gehandelt hat. Dafür spricht die Localisation und auch die typische Halbseitigkeit, wie sie sich deutlich am Anf[illegible] später

Schluss gezeigt hat. Beim Erythem bekommt man das nicht so deutlich zu sehen. Herr Rosenberg, der auch meinen Fall später noch einmal gesehen hat, hat sich ebenfalls der Ansicht angeschlossen, dass es sich um einen Herpes handelte. Die Bläschenbildung war ganz typisch.

IV. Herr Lewin. Krankenvorstellung.

Herr G. Lewin stellte einen Kranken mit Pityriasis rubra pilaris vor. Der Vortrag erscheint ausführlich in nächster Zeit. Der Kranke, früher stets gesund, erkrankte vor mehreren Monaten und gebrauchte mehrere Kuren im städtischen Krankenhause. Bei ihm trat zuerst eine Keratosis in der Palma und Planta auf. Bald zeigte sich Pityriasis capillitii, übergehend in Seborrhoe, bald bildete sich ein Pityriasis faciei, übergehend in Eczema Squamosum aus. Am Stamm, namentlich an der Brust und Bauch, trat eine Art von cutis anserina auf. Indem die kleinen Coni sich vermehrten und teilweise confluierten, entstand eine Ichtyosis simplex. (In einem Falle soll sich eine Ichtyosis hystrix gebildet haben.) An anderen Stellen sah man ein Pityriaris rubra. Auf der Seitenfläche der Finger entwickelte sich tumorenartige Anschwellung mit Onychohypertrophie, übergehend in Onychoatrophie.

Herr Heller: Ich habe auf der Klinik Langs' in Wien einen Fall gesehen, der ein Analogon zu dem demonstrierten darstellt. Die Einzelefflorescenzen waren in demselben noch stärker entwickelt, als bei dem hier vorgestellten Kranken.

Herr Saalfeld: Der vorgestellte Fall hat sehr grosse Aehnlichkeit mit dem vor $3^1/_2$ Jahren von Galewski in Leipzig vorgestellten. Andrerseits aber muss ich erwähnen, dass ein Fall von Lichen ruber acuminatus, dessen Diagnose als solcher sicher war, wesentlich anders aussah.

Herr Rosenthal: Ich habe auf dem Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Breslau einen Fall gesehen, der viel prägnanter war, als der von Herrn Lewin vorgestellte, aber die Erscheinungen sind bei beiden Kranken identisch. Interessant ist es, dass Kaposi bei der Bezeichnung Lichen ruber acuminatus stehen bleibt, indem er die Identität mit Pityriasis rubra pilaris anerkennt, während andere Autoren, so z. B. auch Neumann, diese Ansicht nicht teilen.

Herr Joseph: Die Frage, ob es einen Lichen ruber acuminatus und eine Pityriasis pilaris giebt, oder ob beide Affectionen identisch sind, ist gewiss interessant. Wesentlich verschieden ist bei beiden Affectionen der Verlauf. In den Fällen, die Hebra als Lichen ruber acuminatus beschrieben hat, war der Verlauf immer deletär, wenn nicht inzwischen eine Arsen-Behandlung eingeleitet wurde. Dagegen bei der Pityriasis rubra pilaris tritt ohne jede Behandlung Heilung ein.

Herr G. Lewin: Wie ich schon hervorgehoben, will ich heute nicht näher auf den Fall eingehen. Ich will nur erwähnen, dass, soweit es mir bekannt ist, alle Fälle ohne Arsen geheilt sind, was beim Lichen ruber acuminatus wohl nicht so leicht passiert. Meine Ansicht über die 13 Fälle Hebra's habe ich schon früher mitgeteilt und werde in meiner demnächst erscheinenden Arbeit näher darauf eingehen.

V. Herr G. Lewin. Krankenvorstellung.

Vorstellung einer Kranken mit syphilitischer Infiltration des Velum und der Uvula.

Defecte des weichen Gaumens sind bei Lues nicht selten. In der bei weitem grossen Mehrzahl der Fälle hat der Kranke keine Ahnung von diesem Defect. Der Process verläuft, wie so häufig bei Lues, ohne Schmerzen und unempfunden vom Kranken. Daher ist uns auch die Einsicht in die Entwicklung des Processes meist benommen. Bei dieser Kranken kann man aber die Entwicklung genau beobachten. Die Kranke wurde vor 20 Jahren von mir mit Subl. subcutan behandelt, entzog sich aber der Vollendung der Kur. Trotzdem ist sie gesund geblieben, hat einen Sohn geboren, der 14 Jahr alt an Diphtherie starb. Vor kurzem kam sie jedoch mit einer gummösen Palatitis und Uvulitis wieder zu uns. Sie sehen eine starre Infiltration des Velums und der Uvula, die sich beim Versuche des Antönens nicht im geringsten hebt. Die Digitaluntersuchung des Larynx ergiebt auch eine ähnliche Erkrankung der Epiglottis. Ich habe nur zwei derartige Fälle beobachtet, in einem Falle musste wegen zunehmender Dyspnoe die Tracheotomie ausgeführt werden.

VI. Herr Lewin: Ueber eine von eigentümlichem Hautjucken befallene Familie.

Innerhalb einer Reihe von Jahren habe ich eine gewisse Anzahl von Fällen beobachtet, ich erinnere mich aber nur genau dreier Fälle, in denen allmählich eine ganze Familie von heftigem Jucken befallen wurde, ohne dass eine Erklärung dieser Krankheit möglich war. Als Prototyp führe ich folgenden Fall an: Vor einigen Monaten consultierte mich die Frau eines auswärtigen Schuldirectors und gab an, dass vor einem Jahre ihre 15jährige Tochter von heftigem Jucken befallen wurde, 6 Wochen darauf ihr 9jähriger Sohn, sie selbst vor einem viertel Jahr und ihr Mann vor 6 Monaten. Das Jucken war bei dem Sohn so heftig, dass Geschwüre entstanden, ebenso bei ihr selbst, wo noch Axillarbubonen dazu traten, die incidiert werden mussten. Gleichzeitig trat Schlaflosigkeit und Nervosität ein. Natürlich dachte ich bei der Untersuchung der Kranken zuerst an Scabies. Doch weder Acari, noch frische Gänge, noch Spuren alter Gänge konnte ich an den Seitenflächen und Uebergangsfalten der Finger, an den Streckseiten der Ellenbogen, an den Nates, Brustwarzen etc., auffinden. Ebenso fehlten alle Merkmale von Urticaria, welche beim chronischen Verlauf braune Streifen und charakteristische Excorationen zurücklässt. Ebenso fehlten die gleichfalls charakteristischen, oft blutigen, mehr oder weniger parallel verlaufenden, von den 4 Fingern herrührenden blutigen Streifen von etwaigen pediculi. Ausgeschlossen musste auch die Möglichkeit von vorhandenen Cimex lectucarius und Morpionen werden. Ebenso sprach keine Efflorescenz für Leptus autumnalis, welche Urticaria ähnliche Quaddeln erzeugen, in deren Mitte bekanntlich ein rotes Pünktchen erscheint. Auch an Ixodes Rivinus dachte ich, jedoch waren keine Merkmale vorhanden. Was ich fand, war eine sehr geringe Zahl hirse- und stecknadelkopfgrosser blasser oder blassrötlicher, derber Knötchen, die zum Teil noch mit geringer Quantität von Serum erfüllt, zum Teil mit braunen Börkchen bedeckt waren, welche die Spit-

des Knötchens krönten. Zum Teil hafteten diese braunen Börkchen an den Stellen, wo die Knötchen nach Resorption des Exsudatrestes eingesunken waren. Hier und da kleine streifenförmige braune Pigmentflecke. Mit einem Worte alles deutete, wenn auch nicht markant, auf Prurigo hin, deutliche Spuren jedoch traten nicht hervor. Wollte man aber Prurigo dennoch annehmen, so ist eine Contagion auf sämtliche Glieder einer Familie nicht bekannt.

Herr Hofmann: Ich glaube, es giebt ein rein nervöses Jucken. Ich habe selbst erst heute eine Dame gesehen, die klagte, dass sie über dem ganzen Körper ein Jucken verspüre, ohne dass auf der Haut etwas nachzuweisen war. Durch das Kratzen können dann secundär diese Efflorescenzen, kleine Knötchen oder Pustelchen entstehen. Ursprünglich aber ist beim rein nervösen Jucken absolut nichts zu sehen. Auch bei meinem heutigen Fall konnte nichts nachgewiesen werden, nicht einmal an Läuse, Flöhe oder etwas derartiges konnte gedacht werden. Ich habe der Patientin vorläufig warme Bäder verordnet und werde abwarten, ob die Affection dadurch geheilt wird.

Herr Rosenthal: Dass es Fälle von nervösem Hautjucken, bei denen sich die Efflorescenzen erst secundär bilden, giebt, ist zweifelsohne. Die jüngere französische Schule nimmt sogar an, dass die Knotenbildung (la lichénification) stets künstlich ist. Das Hauptmoment aber, was bei den Fällen des Herrn Geh.-Rat Lewin hervortritt, ist doch, dass die Affection quasi infectiös ist, ohne dass hierfür ein ätiologisches Moment aufgefunden werden konnte.

Herr Immerwahr: Könnte die Erkrankung nicht durch den Genus von Wurst oder Pökelfleisch entstanden sein, besonders da die ganze Familie davon befallen war?

Herr Lewin: Auch an Genussmittel habe ich gedacht, allerdings nicht an Pökelfleisch; möglich wäre es immerhin.

Herr Heller: In Pensionaten, Schulen u. s. w., sind häufig ganze Epidemieen von Chorea leichten Psychosen u. a. beobachtet worden. Es ist bekannt, dass gerade die Juckempfindung subjectiv beim Anblick anderer an Jucken leidender Individuen durch gewisse Associationsvorgänge entstehen kann. Es ist denkbar, dass in dem geschilderten Fall es sich um eine Art psychischer Contagion gehandelt hat.

Herr G. Lewin: Ich habe bei mehreren Kranken den besten Erfolg von Elektricität erhalten, bei andern blieb der Erfolg aus. Dagegen war von constanter Wirkung schwacher Carbolspiritus. Bei einem alten Prediger, der seit Jahren furchtbar an Pruritas senilis litt und die verschiedensten Mittel gebraucht hatte, erzielte ich sogar vollständige Heilung durch solche Einreibung morgens und abends.

Sitzung vom 5. März 1895.

Vorsitzender: Herr Lassar. Schriftführer: Herr Saalfeld.

I. Herr Lassar. Krankenvorstellung.

Ich erlaube mir, Ihnen einen Fall von tätowierter Psoriasis vorzustellen. Der Beweis für die Auto-Inoculationsfähigkeit der Psoriasis ist von Herrn Prof. Köbner vor Jahren experimentell erbracht worden. Die Zeichnung des damaligen Falles befindet sich in dem bekannten Ziemssenschen Sammelwerk; ich erlaube mir, dieselbe herumzureichen. Sie werden eine weitgehende Uebereinstimmung mit dem vorgestellten Fall finden. Hervorzuheben ist jedoch bei letzterem eine Thatsache, die sich allerdings nur auf Angaben des Patienten stützt. Derselbe behauptet nämlich mit Bestimmtheit, dass er vorher niemals auch nur ein Tüpfelchen auf der Haut gehabt habe bis zur Tätowierung, die vor 9 Wochen erfolgte. Er will also die Psoriasis durch Inoculation und nicht durch Auto-Inoculation acquiriert haben. Beweisen lässt sich das wohl nicht, weil ein Psoriatiker oft genug Spuren seines Leidens mit sich herumträgt, ohne dass sie ihm auffällig waren. Im Umkreise der Tätowierung beginnen sich jedoch jetzt neue Efflorescenzen auszubilden, ein Umstand, der jene Angabe immerhin zu unterstützen geeignet erscheint.

II. Herr Saalfeld. Krankenvorstellung.

Ich stelle Ihnen ein 13jähriges Mädchen mit Psoriasis vulgaris vor, das vor einem Jahr revacciniert ist, und bei dem sich zufälligerweise noch an den Impfstellen die Psoriasis-Eruptionen finden. Das Kind leidet seit seinem vierten Jahre an Psoriasis, es sind mehrere Recidive aufgetreten. Es kam am 7. Februar v. J. zu mir mit einer über den ganzen Körper verbreiteten Psoriasis. Nach Behandlung mit Acid. arsenicosum heilte die Affection, aber es zeigte sich an einzelnen Stellen eine deutliche Arsen-Melanose, die jetzt, wo das Kind mit einer frischen Psoriasis zu mir kommt, noch besteht. Die melanotischen Stellen sind überall dort zu finden, wo sich ursprüglich die psoriatischen Stellen befunden haben; die Flecke sind jetzt nicht mehr so dunkel wie im vorigen Jahre.

Auf die Litteratur der Arsen-Melanose hier des Näheren einzugehen, erübrigt wohl, da vor kurzem Herr Müller aus der Poliklinik des Herrn Joseph einen Aufsatz veröffentlicht hat, in dem alles hierher Gehörige mitgeteilt ist.

III. Herr Palm. Krankenvorstellung.

Der Patient, ein 22jähriger kräftiger Mann, bietet die Erscheinung einer lokalen Hyperhidrosis in besonders hohem Grade, und zwar in der palma manus sin. Sie sehen die linke Hohlhand mit Schweiss bedeckt; trocknet man die Hand ab, so ist sie in einigen Minuten wieder mit Schweiss, den man aus den Knäueldrüsen hervorquellen sieht, bedeckt. Die Hand selbst sieht cyanotisch aus, fühlt sich kalt an; die Haut der

palma manus ist weich und bietet an einigen Stellen Erythemflecke, die zugleich mit der Schweisssecretion aufgetreten sind.

Anamnestisch bemerke ich noch, dass Patient an einer Gonorrhoea posterior leidet, zu deren Heilung er in kuzer Zeit bis vor dem Ausbruch des Schweisses 36 gr Balsamum Copaivae genommen hat.

Was nun die Aetiologie dieses Leidens betrifft, so ist dieselbe noch vollständig dunkel. Die Hyperhydrosis tritt auf Grund einer Neuroparalyse auf, die zu Gefässerweiterung und vermehrter Absonderung führt. Ob die in kurzer Zeit genommene ziemlich grosse Menge Copaivbalsam die Paralyse hervorgerufen hat, will ich dahin gestellt sein lassen; möglich ist es immerhin, da man nach dem Gebrauch von Copaivbalsam oft genug Urticaria auftreten sieht, nur ist es dann auffallend, dass nicht beide Hände befallen sind.

IV. Herr Blaschko. Krankenvorstellung. (Erythrodermie beider Arme.)

Die Patientin, die ich Ihnen vorstelle, leidet an einem eigenartigen Erythem, welches beide Vorderarme, links auch den Handrücken befallen hat und seit ungefähr $1^1/_2$ Jahren besteht. Die Erkrankung begann damals am linken Oberarm, schritt langsam über den linken Vorderarm herunter bis auf den Handrücken und auf die erste Phalanx. Im Laufe des letzten Jahres hat sich dann ein ähnlicher Zustand auf dem rechten Arm etabliert, aber in weit schwächerem Maasse; zuerst soll die obere Hälfte des Oberarms befallen sein, die jetzt frei ist. Die Haut zeigt eine stark cyanotische Rötung, die Oberhaut ist ziemlich glatt, unverändert und zeigt nur an einzelnen Stellen eine ganz leichte Schuppung. Die Erkrankung macht namentlich auf dem linken Handrücken den Eindruck, als ob es sich um Frost handele; doch hat der Process im Sommer begonnen und auch jetzt im zweiten Sommer wieder die bedeutendsten Fortschritte gemacht. Subjective Erscheinungen, wie Blasen, Jucken, Stechen fehlen eigentümlicher Weise ganz. Die einzige abnorme Sensation ist eine gewisse übermässige Berührungsempfindlichkeit der linken Hand.

Mit was für einen Process haben wir es hier zu thun? Man könnte an das erste Stadium der Mycosis fungoides denken; doch wird man diese Diagnose so lange nicht stellen können, als nicht deutliche Tumoren an irgend einer Stelle der Haut vorhanden sind. Ein kleiner Tumor am linken Oberarm besteht nach Angabe der Patientin schon von Jugend an; es ist wohl ein Naevus. Eine kleine Verdickung der Ulna rührt von einer schlecht geheilten Ulnarfracher her. Dann erinnert der Zustand an Erythromelalgie; aber wir haben es hier ja mit einem absolut schmerzlos verlaufenden Process zu thun. — Einen ähnlichen Zustand ferner hat neuerdings auf der Wiener Naturforscherversammlung, Pick unter dem Namen Erythromelie beschrieben, doch betont er, dass sich dort stets Venectasieen finden, die hier fehlen. Allerdings fügt Pick hinzu, dass diese sich erst in späterer Zeit bilden. Man wird also die Diagnose hier wegen der kurzen Dauer der Krankheit noch in suspenso lassen müssen.

Herr Ledermann: Ich verfüge über einen ähnlichen Fall, in dem es allerdings nur zu plaquesartigen venösen Stauungen gekommen ist, im übrigen aber ist das Bild dasselbe. Es handelt sich um eine Waschfrau,

und ich vermute als ätiologisches Moment eine vasomotorische Störung infolge der Berührung von Laugen oder heissen Wassers. Durch Bepinselung mit Theer-Tinctur (Fischel) habe ich auffallende Besserung erzielt.

Herr Heller: Im ersten Stadium der Sclerodermie kommen Zustände der Haut vor, die dem demonstrierten entsprechen. In der von Herrn Geh. Rath Lewin und mir veröffentlichten Monographie findet sich eine ganze Reihe von Fällen, in denen zuerst die hier hervorgehobenen Symptome: Induration, Rötung, geringe sensible Störungen, leichte Schuppung, längere Zeit bestanden und erst später sich die charakteristischen Erscheinungen der Sclerodermie einstellten.

Herr Blaschko: An Sclerodermie hatte ich auch gedacht; dagegen sprach aber die intensive cyanotische Röte der erkrankten Partien, sowie der Umstand, dass die eine Partie, die vorher erkrankt war, abgeheilt ist, ohne das sich dort atrophische oder sclerotische Zustände etabliert hatten.

Herr Heller: Was Herr Blaschko hervorhebt, ist nicht charakteristisch. Es giebt eine grosse Reihe von Fällen, in denen die Sclerodermie an einzelnen Stellen geheilt ist, ohne Spuren zu hinterlassen, während sie an anderen Stellen weiter fortschreitet.

V. Herr Heinrich Köbner: Zur Kritik des Vortrages des Herrn Prof. O. Liebreich: „Ueber Lupusheilung durch Cantharidin und über Tuberculose." (Der Vortrag ist in extenso im vorigen Heft dieser Zeitschrift erschienen.)

Discussion:

Herr Lassar weist auf die Gefahr der Einschleppung von Lepra hin, die doch immerhin bedrohlich erscheint, besonders wenn der Vorstellung Platz gewährt wird, dass die Lepra-Kranken bei uns geheilt werden können. In diesem Sinne müssen wir das Augenmerk der öffentlichen Faktoren darauf gerichtet halten, dass Lepra-Kranke von der Invasion, sei es zur See, sei es auf anderen Verkehrswegen, zurückgehalten werden.

Herr Saalfeld: M. H.! Ich muss zu dem von Herrn Köbner citierten Fall, dem von mir früher behandelten Kinde, einige Bemerkungen machen. Nach Herrn Köbner's Auseinandersetzungen, das Kind sei von Mitte des Jahres 1891 bis 1893 behandelt, macht es den Eindruck, als ob das Mädchen einige Hundert Injectionen von Cantharidin erhalten hätte; das ist aber nicht der Fall gewesen. Ferner muss erwähnt werden, dass sich im Urin nicht öfter, sondern nur ein einziges Mal bei der Untersuchung eine Trübung gezeigt hat. Die Behauptung des Herrn Köbner, Herr Liebreich hätte gesagt, dass das Mittel stets gut vertragen sei, ist falsch; Herr Liebreich hat ausdrücklich zwei Patienten ausgenommen, und zwar einen Herrn, dessen Magen durch eine lange fortgesetzte Arsenikkur sehr angegriffen war, und ausserdem das von Herrn Köbner citierte Kind. Nun hat aber dieses Kind, ganz abgesehen von der Cantharidinbehandlung sehr häufig an mit Fieber verbundenen gastrischen Störungen gelitten; da ist es denn doch wohl wahrscheinlich, dass der Herpes labialis durch diese bedingt ist, und es liegt kein Grund vor, die Reihe

Arzneiexantheme um ein neues zu erweitern. Mein Erstaunen kann ich nicht unterdrücken darüber, dass Herr Köbner seine Kritik auf einen Fall stützt, bei dem die Beobachtung garnicht vollendet werden konnte. Herr Köbner verfügt über keine weiteren Erfahrungen und übersieht die zahlreichen günstigen Fälle, welche zur Verfügung standen. Das Kind hat im Jahre 1891 7 Injectionen erhalten, 1892 24 Dosen innerlich innerhalb 8 Monaten, also durchschnittlich 3 Dosen pro Monat, und dann 27 Dosen innerlich im Jahre 1893. Daraus ergiebt sich, dass die phantasiereichen Angaben der Mutter zum grössten Teile falsch sind; und auf diese stützt Herr Köbner wesentlich seine Mitteilungen, nicht aber kann er sie auf die des Hausarztes stützen — wie er sagt; — denn dieser war gar nicht in der Lage, Herrn Köbner die entsprechenden Daten zu überliefern; dementsprechend war es auch nicht möglich, dass die Angaben der Mutter in allen Punkten vom Hausarzt bestätigt wurden, ebensowenig wie die Cantharidinkur auf Drängen des Hausarztes aufgegeben wurde.

Wenn Herr Köbner nun sagt, er habe an den lupösen Stellen keine Veränderung wahrnehmen können, so liegt das einfach daran, dass er den Fall vor der Cantharidinbehandlung nicht gesehen hat. Wenn Herr Köbner nun auf diesen Fall sich stützend der Cantharidinmethode den Vorwurf macht, dass sie den Lupus nicht beeinflusse oder heile, so liegt das eben daran, dass das Kind das Mittel ausnahmsweise nicht gut vertrug und nicht lange genug behandelt wurde. Aber den ersten Vorwurf wird man jeder Methode machen können; keine Regel ohne Ausnahme; und leider muss ich des Weiteren constatieren, dass das Kind während der Behandlung des Herrn Köbner auch nicht geheilt wurde; vielmehr hat der mehrfach erwähnte Hausarzt einzelne Plaques excidiert, ein Verfahren, da, wenn man kein Cantharidin anwenden will, ja die alte Methode bedeutet, die vor Recidiven bekanntlich nicht immer schützt.

Dann hat Herr Köbner den vor 4 Jahren in der medicinischen Gesellschaft vorgestellten Knaben erwähnt. Dieser Patient befindet sich in fortschreitender Besserung, ist aber noch nicht völlig geheilt; und aus dem Grunde haben wir ihn nicht vorgestellt; sobald wir hier eine complete Heilung erzielt haben, werden wir uns erlauben, Ihnen den Fall zu zeigen; etwas Geduld werden Sie noch haben müssen; aber das fällt hier um so weniger ins Gewicht, als der Lupus eine Krankheit repräsentiert, deren bisherige schwierige, nicht minder langwierige und von einem vollen Erfolg leider nur selten gekrönten Behandlungmethode in diesem Kreise doch genügend bekannt sind. Wir müssen für ein Mittel dankbar sein, das eine grosse curative Einwirkung auf den Lupus besitzt, ohne dass bei richtiger, sachverständiger Anwendung bedenkliche Nebenwirkungen irgendwelcher Art auftreten. Die Furcht vor Nephritis ist einfach ein Gespenst und was die Albuminurie betrifft, so ist ja genügend darauf aufmerksam gemacht worden, wie man sich gegen dies an und für sich gefahrlose Symptom schützen kann. Welchen Erfolg können wir denn von anderen Mitteln erwarten bei Lupusfällen, die 30 oder 40 Jahre bestehen, bei denen das ganze Gesicht ergriffen ist. Da nützt kein Kratzen und Brennen, keine Pyrogallussäure und keine sonstige Methode, sondern nur Cantharidin. Und man konnte bis zur Cantharidinbehandlung nur denjenigen Recht geben, die bei solchen veralteten Fällen von jeder

eingreifenden Behandlung abrieten, da durch diese nur eine Reizung und Verschlimmerung eintritt.

Dann hat Herr Köbner den Fall des Herrn von Bergmann erwähnt, der gegen den Nutzen der Cantharidin-Behandlung sprechen sollte. Hier sind aber die Voraussetzungen falsche gewesen. Diese von Herrn Liebreich zurückgewiesenen Beobachtungen beim Lupus sind vor 4 Jahren zur Tuberculinzeit gemacht worden.[1]) Was nun das Verlangen des Herrn Köbner betrifft, ihm ein Dutzend durch Cantharidin geheilter Lupusfälle vorzustellen, so sollte doch Herr Köbner kein unbilliges Verlangen stellen. Ich glaube auch, Herrn Köbner würde es schwer werden, ein Dutzend durch seine Behandlung geheilter Lupusfälle vorzuführen.

Des weiteren wurde bezweifelt, ob der in der Medicinischen Gesellschaft vorgestellte geheilte Fall wirklich Lupus gewesen wäre. Darauf brauche ich nach dem, was ich in der Medicinischen Gesellschaft gesagt habe, nicht näher einzugehen. Wenn Herr Köbner sagt, wir sollten ihm einen frischen Lupus-Fall zeigen, der mit Cantharidin behandelt werden soll, so ist es doch viel einfacher, Herr Köbner behandelt selbst einen frischen Fall mit Cantharidin; dann würde er das Resultat sehen. Herrn Köbner einen derartigen frischen Fall zu demonstrieren und ihn dann gewissermassen unter seiner Controlle zu behandeln, dazu haben wir bei seiner vorgefassten Meinung und seinem geringen Wohlwollen für die Methode keine Veranlassung. Schliesslich sagt Herr Köbner: eine Heilung des Lupus ohne Narbe ist nicht möglich. Ja, bisher galt das als nicht möglich: nun ist aber durchaus nicht gesagt, dass ein Axiom, welches bisher als richtig galt, auch für alle Zukunft seine Richtigkeit behalten muss. Eine These kommt eben zu Fall, wenn ihre Unrichtigkeit durch die Thatsachen erwiesen ist, und dass dem so ist, haben Sie aus den Ausführungen des Herrn Hansemann, die sich auf Präparate stützen, ersehen.

Herr Lassar: Der Vorwurf, dass nicht genügend Lupus-Fälle zusammen gesehen und behandelt werden, trifft auf meine Beobachtungen nicht zu. Ich habe eine ganze Reihe von Fällen — mindestens zehn — gleichzeitig mit Cantharidin behandelt. Es waren frische und ältere Lupus-Fälle. Ich habe die Behandlung mit Cantharidin nie aufgegeben, aber die Patienten selbst haben sie allmälig aufgegeben, denn es wurde nichts weiter erreicht, als dass die Kranken allmälig blasser wurden und folglich auch der Lupus erblasste. An gutem Eifer hat es mir nicht gefehlt, aber es ist mir nicht vergönnt gewesen, die in Aussicht gestellte Besserung des Lupus in irgend einer Form zu erblicken.

Bei dem Falle des Herrn Liebreich vermisse ich das anatomische Kriterium des Beweises, dass es sich um Lupus gehandelt hat. Will man beweisen, dass ein Lupus sich verändert hat, so muss die Gewissheit vorhergehen, dass Lupus und nichts anderes vorhanden war. Das mag sehr wahrscheinlich gemacht werden durch die Vitropressio und andere Methoden, aber die beste Methode ist doch die histologische. Wenn wir ein kleines Stück exstirpieren, so haben wir immer das Belegmaterial in der Hand

---

[1]) Anmerkung bei der Correctur. Die neuerdings in den Therapeutischen Monatsheften veröffentlichte Publikation hat die Richtigkeit der Liebreich'schen Ansichten bestätigt.

und werden uns damit am sichersten überzeugen lassen. Habe ich jedoch weder Tuberkel-Knoten noch Bacillen vor Augen und behaupte ich trotzdem, dass ein Fall Lupus sei, so kann ich irren, und dieser Irrtum kann jedem begegnen. Er ist nur durch mikroskopische Präparate zu vermeiden.

Herr Isaak: Im Anschluss an die Discussion in der med. Gesellschaft über das Cantharidin, möchte ich hier noch einige Worte hinzufügen. Zunächst muss ich mein Erstaunen darüber aussprechen, dass Herr Liebreich auf meine Aufforderung, uns über den vor vier Jahren gezeigten Fall zu berichten, nicht im geringsten reagiert hat (ist nachträglich geschehen). Es verdient ferner nochmals bei Beurteilung des Mittels hervorgehoben zu werden, dass, wie Herr v. Bergmann auf den chirurgischen Congress betonte, Veränderungen zum Besseren oder Schlimmeren im natürlichen Verlauf eines Lupus leicht vorkommen. Ein Lupus kann im Januar recht schlimm aussehen und ohne jede Behandlung einige Monate später Neigung zur Besserung zeigen. Ich muss aber dann nochmals auf den von Herrn Liebreich vorgestellten angeblich geheilten Lupusfall zurückkommen. Nachdem, wie Herr Saalfeld berichtet, über 4000 Cantharidineinspritzungen bei einer grossen Anzahl von Lupusfällen gemacht worden sind, wird von Herrn Liebreich ein Fall einem Aerzte-Collegium gezeigt, der kaum die Grösse einer Bohne hatte und dessen Diagnose: Lupus, von einer grossen Anzahl von Specialcollegen, die den Fall besichtigten, wie von mir angezweifelt werden musste, da keine Spur von Narbenbildung zu sehen war. Ich bewundere den Mut des Herrn Liebreich, dass er es wagen konnte, nach vierjähriger Erprobung des Mittels der medicinischen Gesellschaft dieses „Fällchen" zu zeigen als Beweis der Heilkraft seines Mittels.

Herr Lewin: Ich habe keine Erfahrungen über Cantharidin. Ich will nur meine Stellung zu der von Herrn Köbner zur Sprache gebrachten Infectionsfähigkeit der Lepra darlegen. Ich war Mitglied des Reichsgesundheitsamtes, wo die Frage debattiert wurde, und konnte nicht Herrn Koch beistimmen, welcher die Infectionsfähigkeit der Lepra negierte und Vorsichtsmassregeln für nicht nötig erklärte. Die Akten über die Contagiosität der Lepra sind noch nicht geschlossen, ich erinnere an den Fall Damian, an die Impfung Arnings und die Experimente Melcher und Ortmann, die Koch als beweisführend nicht anerkennen wollte. Vor allem auffallend ist es, dass Personen, die in Lepragegend gewohnt haben und später nach Rückkehr in ihren früheren Wohnort befallen werden, eine Art Contagion dadurch auszuüben scheinen, dass einzelne Mitbewohner auch an Lepra erkranken. Solche zweifellose Beispiele wurden vorzüglich in Irland und Spanien constatiert. Wie bekannt, hat sich in Memel Lepra bei einer Anzahl Personen gezeigt, und so ein Infectionsherd ausgebildet. Das Studium dieser Fälle wird vielleicht einigen Aufschluss geben. Ich selbst habe vor mehreren Jahren einen Kranken aus Galveston in Behandlung gehabt. Trotz vielfacher Medication schritt der Process weiter, namentlich bildeten sich Knoten im Auge, so dass ich Herrn Prof. Hirschberg hinzuzog. Der Kranke ist ungeheilt abgereist.

Herr Lassar: Dieser Herr war aus Galveston, ich habe ihn auch gesehen und er hat mit grosser Sicherheit behauptet, dass er der einzige Fall weit und breit sei. Der Zufall wollte es, dass ich im Sommer darauf

nach Amerika fuhr und auf dem Schiffe einen Herrn aus derselben Stadt kennen lernte, welcher mir sagte, die Lepra wäre dort durchaus nichts Seltenes.

Herr Lewin: Bemerkenswert war die Angabe der Angehörigen des Kranken und des Hausarztes, welcher mir denselben zusandte, dass in Galveston bisher kein Leprafall vorgekommen, und auch keine der Personen, die mit dem Patienten in Berührung gekommen, in einer Lepragegend gewesen sei.

Herr Saalfeld: Dem Wunsche des Herrn Lassar, eine Probeexcision vorzunehmen, glaubten wir um so weniger nachkommen zu brauchen, als in dem betreffenden Falle der Lupus sich auf der Wange einer jungen Dame befand, und durch eine Excision eine Narbe hervorgerufen wäre, gerade das, was wir durch das Cantharidin vermeiden können. Ausserdem war die Diagnose durch alle Hilfsmittel, speciell die Phaneroskopie und den Glasdruck sicher gestellt, so dass ein Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose nicht bestehen konnte. Ferner sind ja auch, wie Herrn Lassar bekannt ist, bei einer anderen Gelegenheit, wo die Verhältnisse ähnlich lagen, trotz absolut eindeutiger mikroskopischer Präparate Zweifel an der Diagnose laut geworden. Wenn Herr Lassar bei seinen mit Cantharidin behandelten Fällen nicht in der Lage war, eine Besserung zu konstatieren, so muss ich hier eine Patientin ausnehmen, die unter der von Herrn L. geleiteten Cantharidin-Behandlung nach ihrer eigenen Angabe wesentliche Besserung wahrnahm. Diese Besserung schreitet nunmehr bei der von uns fortgesetzten Cantharidin-Kur beständig und in derselben Weise, wie während der früheren Behandlung, fort.

Wenn Herr Isaac seine Bedenken an der Diagnose des in der Medicinischen Gesellschaft vorgestellten Falls hier ebenfalls kundgiebt und sich auf eine ganze Reihe von Specialkollegen beruft, so verwechselt er eben eine von ihm aufgestellte Behauptung mit dem von ihm zu erbringenden Beweis. Wenn Herr Isaac ebenso wie Herr Köbner sich nicht zu der durch die mikroskopischen Präparate erbrachten Thatsache, dass eine Lupus-Heilung auch ohne Narben möglich ist, erheben kann, so müssen wir uns eben damit zufrieden geben, bis Herr Isaac sich einmal der Mühe unterzieht, derartige Untersuchungen allein anzustellen. Nun hat Herr Isaac Herrn v. Bergmann's Aeusserung auf dem Chirurgen-Congress nochmals angeführt, dass beim Lupus auch spontane Veränderungen vor sich gehen. Das ist nun eine jedem Dermatologen zu geläufige Thatsache, als dass ich hier noch an dieser Stelle darauf einzugehen brauchte. Nicht bekannt aber scheint es Herrn Isaac zu sein, dass die von uns beobachteten Veränderungen nicht mit den spontanen identisch, sondern andersartig sind.

Herr Köbner: Ich bin bei einer neuen Methode, die mit grossen Kautelen gehandhabt werden muss, verpflichtet gewesen, den Autor zu nennen, demgegenüber der Einwand, der sonst gegen jeden erhoben werden kann, dass er nicht mit der nötigen Vertrautheit vorgegangen ist, nicht gemacht werden kann. Ich bin es der Sache selbst schuldig, weil der Fall ein ganz reiner, noch nicht behandelter war und während 22 Monaten, wenn auch mit Unterbrechungen, von dem einzigen, Herrn Liebreich vier Jahre lang verbliebenen Mitarbeiter behandelt wurde, während die anderen Herren, die Laryngologen, nicht mehr von der Met[illegible] ngt sind.

In der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasen-Leiden sind von 28 Fällen 10 ausgeblieben, und von den anderen haben nicht weniger als 10 Albuminurie, zum Teil mit Nachweis von Cylindern und sogar Haematurie gehabt. Dies hat den Leiter der Anstalt bewogen, von der Methode vollkommen abzugehen.

Gegenüber dem Einwand des Herrn Saalfeld bemerke ich, dass ich mich bemüht habe, objectiv das zu verlesen, was mir die Mutter unter Zustimmung des Hausarztes freiwillig übergeben hat.[1]) Ich habe allerdings etwas deplaciert vor Ihnen gesprochen, denn in der Debatte in der medicinischen Gesellschaft gelangte ich aus formellen Gründen nicht mehr zum Worte. Gerade Herrn Liebreich trifft der mir von Herrn Saalfeld gemachte Vorwurf, den ich ihm zurückgebe, dass er nämlich $^9/_{10}$ der Zeit lediglich auf die allgemein-pathologischen Fragen verwendet und nur ausserordentlich transitorisch die ganze Lupusheilung beleuchtet hat. Im übrigen hat er jetzt seine Behauptung, Cantharidin sei ein gutes Mittel gegen Tuberculose, in den Schatten gestellt und breitet es dafür auf andere Hautkrankheiten aus.

Ich verfüge auch über persönliche Beobachtungen, die ich Herrn Dr. Theodor Flatau verdanke. In dessen Poliklinik habe ich 3 Fälle von Larynx- und Lungentuberculose beobachtet, wo nicht nur keine Besserung nach Cantharidin, sondern stetiges Fortschreiten resp. neue Eruptionen von Tuberceln im Larynx, Ausdehnung der Lungeninfiltrate und Steigerung des Fiebers eingetreten ist.

Was den Einwand des Herrn Saalfeld dagegen betrifft, dass keine Veränderungen an den Lupusherden des Kindes während der Cantharidinkur gesehen worden sind, so hat der Hausarzt das Weiterwachsen der ein zelnen Herde mit Bestimmtheit beobachtet. Derselbe hatte auch vorgeschlagen, die Knoten durch Excision zu heilen, und nur weil die Mutter und das Kind sehr messerscheu waren, habe ich von diesem Rate zunächst abgesehen und drei von den Herden mit Pyrogallussäure behandelt. Diese sind zur Heilung gelangt; die anderen habe ich stehen lassen, weil das Kind über grosse Schmerzen klagte. Ich habe dann der Frau geraten, die übrigen Stücke excidieren zu lassen; das ist geschehen, das Kind ist geheilt und sieht, nach dem Ausbleiben aller gastrischen Störungen, vortrefflich genährt aus.

Auch der von Herrn Saalfeld vorgestellte Knabe ist jetzt, nachdem 4 Jahre verflossen sind, noch nicht geheilt. Nun frage ich: Wird es einem denkenden Praktiker einfallen, einen Fall, der nur einen ganz kleinen Lupusherd an der Wange zeigte, und bei dem nach 4 Jahren noch kein Erfolg zu sehen ist, einer gefahrvollen Methode auszusetzen? Wenn auch die Gefahr von anderer Seite geleugnet wird, so kennen wir sie doch hinlänglich aus der B. Fränkel'schen Poliklinik.

Ich bin mir der absolutesten Objectivität in der Wiedergabe meiner Darstellungen bewusst; ich habe optima fide das mitgeteilt, was ich mitteilen musste, weil diese Frage eine so schwer wiegende ist und weil uns

---

[1]) Nachträgliche Anmerkung. Die nach dieser Discussion nochmals befragte Mutter hat ihre Angaben (welche übrigens nur in nebensächlichen Punkten von denjenigen des Herrn Saalfeld abweichen) mit vollster Bestimmtheit aufrecht erhalten.

von Seiten des Vortragenden gar kein einwandfreies Material vorgeführt worden ist.

Was schliesslich die von Herrn Lewin erwähnten sporadischen Fälle von Lepra betrifft, die in Memel vorgekommen sind, so finden wir ja auch bei acuten Exanthemen, die zweifellos sehr contagiös sind, bisweilen nur isolierte Fälle, von denen man nicht weiss, woher sie gekommen sind.

Sitzung vom 7. Mai 1895.

Vorsitzender: Herr Lewin. Schriftführer: Herr Rosenthal.

I. Herr Grimm: Zur Physiologie und Pathologie der Haut mit mikroskopischen Demonstrationen. (Wird in dieser Zeitschrift als Originalarbeit veröffentlicht.)

II. Herr A. Alexander: Vorstellung eines Falles von Ichthyosis (Naevus papillaris) linearis unilateralis. (Wird in dieser Zeitschrift als Originalarbeit veröffentlicht.)

III. Herr Blaschko: Ueber sogenannte Nervennaevi. (Wird, resp. ist als Originalarbeit in dieser Zeitschrift veröffentlicht.)

Discussion:

Herr Heller: Ich gestatte mir, Ihnen Abbildungen aus einer demnächst erscheinenden Arbeit von mir (im Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten) vorzulegen. Ich habe einen Fall von strichförmiger Erkrankung der ganzen unteren Extremität abgebildet und beschrieben, sowie vier in der Litteratur niedergelegte analoge Beobachtungen wiedergegeben. Ein Fall ist von Neumann, ein zweiter von Shearar, die beiden letzten von Philippson publiciert. Diese Beobachtungen stammten aus der Klinik Unnas. Herr P. G. Unna hat mir die betr. noch nicht publicierten Abbildungen dieser Fälle gütigst zur Verfügung gestellt. In allen 5 Fällen handelt es sich um strichförmige, warzige, mehr oder weniger pigmentierte Erkrankungen der Haut. Die Aehnlichkeit der Affectionen ist eine sehr grosse. Trotzdem handelt es sich um ganz verschiedene Erkrankungen. Shearar und Neumann nehmen eine Erkrankung der Nerven, Unna und Philippson eine Beziehung zu den Voigtschen Linien an; ich selbst habe als ätiologisches Moment eine Erkrankung der Lymphbahnen angenommen. Ich habe auf der Sammeltafel die Voigt'schen Linien und die Lymphbahnen der Haut nach Sappey abgebildet. Ein Vergleich derselben mit den strichförmigen Erkrankungen ergiebt, dass zwei klinisch ganz ähnliche Fälle (Heller und Shearar) nicht auf dieselbe Weise erklärt werden können. Ich bin schliesslich zu dem Resultat gekommen, dass keine der bisher aufgestellten Theorien für die Erklärung aller Fälle von strichförmigen Hauterkrankungen ausreicht, und jeder Fall für sich betrachtet werden muss.

Herr Lewin: Gewiss ist die Erklärung, die uns Herr Blaschko gegeben hat, sehr wertvoll. Doch glaube ich, dass solche Naevi auch auf verschiedene Weise entstehen. Für den neuritischen Einfluss sprechen eine Anzahl Naevi, welche im Verbreitungsbezirke bestimmter Hautnerven sitzen. Solche Fälle sind in einer relativ grossen Anzahl (ca. 40) von Autoritäten publiciert. Ich selbst habe eine Anzahl im 9. Jahrgang der Charité - Annalen veröffentlicht. Die Ganglien scheinen, wie schon Bärensprung angiebt, eine Rolle hierbei zu spielen. Aber auch an die Prädilection namentlich der Gefässnaevi für die Gegenden, wo embryonale Spalten bestanden und auf welche Virchow hingewiesen hat, muss man denken. Irritative Zustände genügen, um im Umfange der sehr gefässreichen Fissuren eine stärkere Ausbildung der Gefässe zu bewirken, welche zu Angiomen sich entwickeln. — Die Erklärung von Kaposi war mir nicht hinreichend verständlich. — Herr Grimm hat auch die Frage über den Ursprung des Naevi-Pigments berührt. Ich habe mich früher viel mit dieser Frage beschäftigt und da ist es mir gelungen, nach Durchforschung von vielen Hunderten von Präparaten mit Herrn Dr. Meyersohn ein Präparat endlich zu finden, in welchem die Einwanderung von Chromatophoren deutlich zu erkennen ist. Ich reiche Ihnen die Zeichnung von diesem Naevus der kleinen Schamlippen sowie einige andere ähnliche Zeichnungen herum.

Herr Blaschko: Ich bin weit davon entfernt, anzunehmen, dass man mit meiner Theorie die Entstehung aller Naevi erklären könnte. Namentlich auf die Angiome, welche sehr häufig fissuralen Ursprungs sind, trifft dieselbe sicher nicht zu. Aber auch die Uebereinstimmung eines Naevus mit einem ganz bestimmten Nervengebiet würde nicht gegen meine Theorie sprechen, denn wenn Nerven und Haut metameral angelegt sind, so gehört oft genug zu einem bestimmten Hautsegment ein bestimmter Spinalnerv und es ist erklärlich, dass, wenn ein solcher Hautbezirk pathologisch erkrankt, dieser Bezirk einem Nerven entspricht, ohne dass dabei ein Nerveneinfluss als ätiologisches Moment herangezogen werden muss. Das ist gerade, wie ich glaube, ein Vorzug meiner Anschauung, dass eine solche Uebereinstimmung, wenn sie besteht, nicht mit Notwendigkeit einen causalen Zusammenhang beider Erscheinungen voraussetzt.

Herr Meissner: Es liesse sich vielleicht in der Frage der Naevi pigmentosi eine Einigung zwischen Gefäss- und Nerventheorie finden, wenn man zunächst nur ins Auge fasst, wodurch das vorliegende Endresultat, die Verruca, hervorgerufen werden kann. Wir müssen feststellen, ob die Verrucabildung eine secundäre Erscheinung ist, als Begleiterin einer andersartigen pathologischen Veränderung, und ob das Pigment vor der Verruca vorhanden war oder umgekehrt. Ist die Verruca nur Begleiterscheinung, so könnten Verhältnisse vorliegen, wie wir sie beim multiplen Cysthygrom und beim Angiokeratom kennen. Dann müssen wir also als primäres Symptom eine Veränderung an den Lymphbahnen oder Gefässen annehmen. Diese könnte durch trophoneurotische Störungen bedingt sein. Oder aber die Verruca als solche entsteht durch anormale Pigmentablagerungen; dann ist ebenfalls das Blutgefässsystem zu beschuldigen und der Zusammenhang mit Nerven naheliegend. Die histologische Untersuchung dieser Naevi kann allein über die Ae

Aufschluss geben. Sodann möchte ich noch an einige eigentümliche Vorkommnisse in der Tierwelt erinnern. Bei Kreuzungsversuchen mit Tieren findet man in bestimmten Linien anders gefärbte Haare, Zeichnungen, die sich vererben können und häufig an die Linien erinnern, welche wir bei diesen in Rede stehenden Erkrankungen finden.

Herr Alexander: Bezüglich der Bemerkung des Herrn Vorredners habe ich zu erwähnen, dass in meinem Falle die Streifen bei der Geburt des Patienten die Farbe der umliegenden Haut hatten und erst gegen Ende des ersten Jahres anfingen eine später immer dunkler werdende Farbe anzunehmen. In der Litteratur ist bei den meisten Fällen ein ähnliches Verhalten angegeben.

III. Herr E. Saul: Vorstellung eines seltenen Falles von extragenitaler Syphilisinfection.

Ich erlaube mir, einen 75jährigen Greis vorzustellen, der im December vorigen Jahres in die Klinik des Herrn Dr. Blaschko aufgenommen wurde. Damals bestand in der Gegend der oberen Incisivi ein grösserer Primäreffect, der sich nach dem linken Caninus hin erstreckte. Die Schleimhaut des Velum und der hinteren Pharynx-Wand war lividrot gefärbt und geschwollen, es bestanden Plaques der Tonsillen und der Wangenschleimhaut, ein starkes papulo-maculöses Exanthem und Condylomata lata ad anum. Am vorderen Rande des masseter der betreffenden Seite wurde eine haselnussgrosse Drüse gefühlt. Aus den Angaben des Patienten ging hervor, dass sein Wirt, dessen Tasse er benutzte, syphilitisch ist. Nachdem Patient 8 intramusculäre Injectionen erhalten, wurde er zu weiterer ambulanter Behandlung aus der Klinik entlassen. Er blieb aus und kehrte nach $^1/_2$ Monat zurück, weil inzwischen Gruppen von Papeln aufgetreten waren an der Oberlippe in der Gegend der rechten Naso-Labial-Falte und am Introitus narium. Die Kur wurde unter gleichzeitiger Local-Behandlung der Papeln wiederholt. Nachdem Patient bereits die zweite Spritze erhalten hatte, klagte er plötzlich über Sehstörungen auf dem linken Auge; dasselbe thränte, er sah Flocken; wir bemerkten eine starke periconeale Infection, die Iris war verfärbt, die Pupille verzerrt, und ophthalmoscopisch constatierten wir reichliche Glaskörpertrübungen, Staub und Flocken, die stark flottierten. Der Rand der Papille des Opticus erschien verwaschen, die Papille selbst, sowie die angrenzenden Teile der Netzhaut verschleiert; nach der Peripherie wurde der Hintergrund klar. Beim Blick nach rechts zeigte sich auf dem aequatorial gelegenen Teil der Retina eine Gruppe frischer chorio-retinitischer Herde. Diese Erscheinungen gingen im Verlauf der Kur schnell zurück. Die Glaskörpertrübungen sind jetzt verschwunden, der Hintergrund ist klar. Von den chorio-retinitischen Herden restieren nur einige kleinere atrophische Stellen der Netzhaut.

Der Fall dürfte bemerkenswert sein, einmal wegen der extragenitalen Infection, die im Greisenalter erfolgt ist, und dann wegen der eigentümlichen Erkrankung des Auges, die drei Monate post infectionem auftrat. Primäraffecte am Zahnfleisch sind selten. Unter 280 Fällen extragenitaler Infection, die Krefting ir … mmengestellt hat, ist nur einmal ein solcher verzeichr … ıen darin überein, dass

am meisten die Lippen Sitz extragenitaler Primäraffecte sind. Dann folgen bei Krefting der Häufigkeit nach der Rachen, die Brustdrüse, Zunge, Finger und an letzter Stelle das Zahnfleisch. Primäraffecte der Finger fand Krefting nur in 1,5% der Fälle; diese Zahl ist nach unseren Erfahrungen entschieden zu klein.

Was das Alter der Patienten anlangt, so hat Herr Dr. Blaschko bereits vor einiger Zeit in dieser Gesellschaft hervorgehoben, dass der Verlauf der im höheren Alter erworbenen Syphilis oft überraschend milde ist. Man könnte die Frage aufwerfen, ob nicht der gegenwärtige Fall gegen diese Auffassung streitet. Patient kam kachectisch in unsere Behandlung, die Symptome, die er darbot, waren recht intensiv; dazu kamen im weiteren Verlaufe die Erscheinungen am Auge. War die intraoculare Erkrankung, die drei Monate post infectionem auftrat, zu der Zeit, als Patient bereits die erste Kur hinter sich hatte, in ungünstigem Sinne zu deuten? Massgebend für die Beurteilung war, dass die Choreo-Retinitis der Frühperiode prognostisch günstig ist; sie wird bei energischer Behandlung wohl stets geheilt. Klinisch charakterisiert sie sich vorzüglich dadurch, dass sie in erster Linie das Centrum des Hintergrundes befällt, die Gegend der Papille und macula lutea, während die Peripherie verhältnismässig intact bleibt. Die verhängnisvolle Chorio-Retinitis der Spätperiode zeigt eine derartig bestimmte Localisierung nicht; Peripherie und Centrum können von ihr in gleicher Weise befallen werden. Sie bedingt oft erhebliche Pigment-Anomalieen des Hintergrundes, welche bei der Erkrankung der Frühperiode im wesentlichen vermisst werden. Die Chorio-Retinitis der Spätperiode zeigt einen schleichenden Charakter; allmälig, unaufhaltsam schreitet sie fort, die der Frühperiode tritt acut auf, unter Erscheinungen von erschreckender Intensität. Wir durften die intraoculare Erkrankung des Patienten, die dem Frühstadium angehörte, als gutartig auffassen, so heftig auch die Sehstörungen waren, die sie bedingte. Der Verlauf hat unsere Prognose bestätigt. Patient reagierte in erwünschter Weise, mit den anderen Symptomen schwand auch die Affection des Auges.

Herr Blaschko. Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit besonders auf den eigentümlichen Infectionsmodus lenken. Ich habe selbst im Verhältnis zu den Zahlenangaben anderer Autoren recht oft Ulcera am Zahnfleisch gesehen; aber alle diese waren zurückzuführen auf Infectionen beim Zahnarzt. In diesem Falle hingegen war die Infection erfolgt durch den gemeinsamen Gebrauch einer Tasse mit einem Syphilitiker, eine bei uns gewiss nicht häufige Uebertragungsart.

Was die Frage betrifft, ob eine so frühzeitige intraoculäre Erkrankung nicht doch als bösartig angesehen werden muss, so war ich Anfangs auch der Meinung, dass es sich hier um einen ganz besonders schweren Fall handle, muss mich aber jetzt doch auf den Standpunkt des Collegen Saul stellen; denn die Erscheinungen gingen so schnell zurück, wie man es eben nur bei gutartigen Manifestationen der Syphilis beobachtet.

Herr G. Lewin. Die Behauptung, dass dieser Fall dafür zeugen solle, dass im höheren Alter die Lues relativ gutartig verlaufe, spielt wohl auf einen hier gehaltenen Vortrag des Herrn Prof. Mendel an, der das Gegenteil nachzuweisen suchte. Dieser sprach sich aber über den späteren Verlauf der Lues bei älteren Personen aus, über die Spät-

recidive, nicht über den unmittelbar nach der Heilung eintretenden Verlauf.

Herr Rosenthal. Ich habe vor ungefähr einem Jahre gemeinsam mit Herrn Dr. Siegheim einen Fall beobachtet, wo es sich um eine Infection des Zahnfleisches im Anschluss an eine zahnärztliche Operation handelte. Inzwischen hatte ich einen zweiten, ähnlichen Fall, bei dem allerdings der Infectionsmodus des Zahnfleisches nicht absolut sicher angegeben werden kann. Hier war aber der Primäraffect von derartiger Ausdehnung, dass ein bösartiger Tumor diagnosticiert wurde und eine Operation in Frage stand. Glücklicherweise wurde die Diagnose noch rechtzeitig gestellt und der weitere Verlauf war ein guter.

Herr Lassar. Krankenvorstellung. Es handelt sich um einen 21 jährigen sehr kräftig gebauten Mann in gutem Ernährungszustande, welcher mit einem Exanthem über dem ganzen Körper behaftet ist. Auf den ersten Blick würde man geneigt sein, dasselbe wegen seiner allgemeinen Verbreitung und gleichmässigen Ausdehnung ohne weiteres für ein kleinpapulöses Syphilid zu halten. Der Ausschlag selbst ist polymorph, er findet sich zu grossem Teil in Form von vorwiegend planen Knötchen, wie bei Lichen specificus. Von der Diagnose eines Lichen ruber ist abzusehen, auch ist weder Jucken noch Drüsenanschwellung vorhanden. Fügt man noch hinzu, dass sich ein directer specifischer Contact ausschliessen lässt, so gehört der Fall gewiss zu den dubiösen. Dazu kommt, dass der Ausschlag längere Zeit constant geblieben ist. Vort. beobachtet ihn 6 Wochen, der Ausschlag hat sich trotz einer Probekur mit Protojoduret nicht verändert und soll vordem bereits $1^1/_2$ Jahre in gleicher Weise bestanden haben. Der junge Mann hat in der Cap-Colonie das Leiden acquiriert. Der naheliegende Gedanke an Lepra fand durch die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Gewebestückes keine Unterlage: weder Leprazellen noch Leprabazillen waren vorhanden.

Wenn es sich hier trotzdem um Lues handelt, so wäre es immerhin ein besonderer Fall, wenn es aber keine Lues ist, so fragt es sich, wo wir den Fall rubricieren sollen.

Herr G. Lewin: Ich habe eine Anzahl ähnlicher dubiöser Fälle, so namentlich zwei in der letzten Zeit beobachtet. Bei dem einen Kranken entwickelte sich längere Zeit nach dem Exanthem Schleimhautsyphilis. Auch bei diesen war ein Initialsclerose nicht nachweisbar.

Herr Isaac: Ich kann das Exanthem nicht für syphilitischer Natur halten. Bei genauem Zusehen bemerkt man, dass selbst die grössten Gruppen desselben aus ganz kleinen Knötchen zusammengesetzt sind. Für einen syphilitischen Ausschlag fehlt mir vor allen Dingen der multiforme Charakter; die schuppenden Stellen sind nach meiner Ansicht Rückbildungen des Knötchen-Exanthems. Abgesehen davon aber sind auch sonst keine Kennzeichen für Syphilis vorhanden. Es fehlen die Drüsenerscheinungen, Exantheme der Volar- und Plantar-Flächen, sowie Munderscheinungen, was jedenfalls, wenn es sich um Syphilis handeln sollte, bei einem so ausgedehnten Exanthem sehr merkwürdig ist. Der Knötchen-Charakter des Leidens, der perlmutterartige Glanz derselben, sowie die stellenweis vorhandene Dellenbildung in den Knötchen sprechen vielmehr

für einen Lichen ruber; die einzuleitende antisyphilitische Kur wird ja erweisen, ob ich mit dieser Diagnose im Rechte bin.

Herr Rosenthal: Bei der Inspection des Falles treten folgende Erscheinungen zu Tage: eine Anzahl grosser, roter Flecke, wie bei grossfleckiger Roseola, dann kleine Papeln und schliesslich Pusteln. Es handelt sich also um ein maculo-papulo-pustulöses Exanthem. Nebenbei bestehen kleine Knötchen, mit Schüppchen bedeckt, die als in Rückbildung begriffene Efflorescenzen aufgefasst werden müssen. Schliesslich bestehen noch vereinzelte kleine Haemorrhagieen. Der Fall ist dubiös, macht aber doch im allgemeinen den Eindruck von Syphilis.

Herr Lassar resümiert die geäusserten Ansichten und wird den Fall nach weiterer Beobachtung der Gesellschaft wieder vorstellen.

VII. Herr Ledermann. Krankenvorstellung.

Der vorgestellte Patient zeigt eine Affection der Fusssohlen und der Hacken, welche an einen vor einiger Zeit von mir hier vorgestellten Fall erinnert. Es handelte sich dort bei einem 14 jährigen Knaben mit ausgedehnter Psoriasis um eine Affection der Handteller, welche ich als abortive Form der Psoriasis bezeichnet. Hier finden sich analoge Läsionen an den oben genannten Localisationsstellen. Dieselben bestehen aus teils runden, teils durch Confluenz von Kreisen serpiginösen, mässig infiltrierten, weissen Plaques, welche oberflächlich schuppen, z. B. mit derbem hornigem Belage bedeckt sind, und welche an sich absolut diagnosticiert werden müssen. Auch dieser Patient hat vor einigen Jahren an Psoriasis vulgaris anderer Körperstellen gelitten. Es scheint also, dass unter gewissen Umständen, wahrscheinlich durch die dickere Epidermis der Handteller und Fusssohlen, die Entwicklung der Psoriasisefflorescenzen verlangsamt wird, so dass es nicht zu vollständig ausgebildeten Plaques, sondern nur zu dieser beschriebenen abortiven Form kommt.

Sitzungsberichte.

Berliner Dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 11. Juni 1895.

Vorsitzender: Herr Lassar. Schriftführer: Herr Saalfeld.

Vor Eintritt in die Tagesordnung stellt

I. Herr Lassar einen Fall von spontan entstandenen, weit verbreiteten Keloiden vor, die sich in auffälliger Weise längs den Gefässverbreitungen der Extremitäten lokalisiert hatten und auch im mikroskopischen Bilde einen ungewöhnlichen Reichtum an Gefässen aufwiesen.

Discussion.

Herr G. Lewin: Ich möchte die Tumoren mehr für fibro-plastische erklären, wie Herr Lassar selbst vermutet hat. Die Consistenz, die Farbe und Form sprechen dafür. Ausserdem zeichnen sich die Keloide durch ihre Blutarmuth aus, während hier eine gewisse Hyperämie vorwaltet.

II. Herr Saalfeld: Die vorgestellte Patientin leidet an einer Affection, die man als ein stark ausgeprägtes Erythema bullosum bezeichnen kann. Sie kam vor $^3/_4$ Jahren in meine Behandlung und gab an, dass sie vor $1^1/_2$ Jahren erkrankt sei. Ich konstatierte damals eine kolossale Riesen-Urticaria au verschiedenen Körperstellen und Blasen im Munde. Leider kann ich Ihnen heute keine Blase im Munde mehr zeigen. Sie werden aber sehen, dass jetzt noch Reste in grosser Menge vorhanden sind. Ausserdem konnte ich heute morgen eine Rötung am Oberschenkel konstatieren, die nach Angabe der Patienten in der vorgestrigen Nacht eingetreten, aber jetzt schon fast verschwunden ist. Ferner sieht man auf der Nase noch die Reste einer Blase, und soweit ich mich erinnere, habe ich vor einem halben Jahre auch einmal auf derselben Stelle eine Blase sehen können. Ob man den Fall als Erythema bullosum oder etwa als Dermatitis herpetiformis (Duhring) bezeichnet, ist ziemlich gleich. Die Hauptsache ist das massenhafte Auftreten von Blasen im Munde. Die Patientin ist 62 Jahre alt, sie hat 19 Kinder gehabt und ist früher nie ernstlich krank gewesen. Fieber ist nicht vorhanden, der Urin ist frei, die inneren Organe gesund.

III. Herr Heller über Thiol. (Der Vortrag erscheint als Original-Artikel).

IV. Herr Gumpertz: Krankenvorstellung.

a) Rückenmarksyphilis. Der Pat., den ich hier vorstelle, hat 1885 ein Ulcus acquiriert, Ausschlag hat er nicht gehabt, dagegen zeigten sich angeblich Erscheinungen im Halse, sowie Feigwarzen. Er ist vorübergehend mit Jodkali behandelt worden. Im Sommer 1889 nahm er d

kaltes Bad und als er herausstieg, sank er plötzlich zusammen und konnte eine Zeit lang nicht gehen. Auch diese Affection gieng vorüber. 1890 stellte sich Schwäche in den Beinen ein, die 1893 so stark wurde, dass er sich Ende des Jahres ins Krankenhaus Moabit aufnehmen liess. Damals waren die Symptome spastischer Art, er konnte vor Steifheit in den Beinen nicht laufen, blieb 6 Wochen im Krankenhause und wurde mit einer Schmierkur, 4 g pro die, behandelt. Es soll eine Besserung eingetreten sein. Herr Prof. Renvers schrieb mir, dass der Fall als spastische Spiralparalyse angesehen wurde. Ende April kam er mit folgenden Symptomen zu mir; sein Gang war nicht so wie jetzt, sondern vorwiegend spastisch; Pat. konnte die Füsse nur mit Mühe heben, und es stellte sich bald Zittern in denselben ein. Eigentümlich ist es, dass sich neben den spastischen Erscheinungen auch noch atactische eingestellt haben, die zunehmen, wenn er angestrengt läuft. Wenn man versuchte, die Beine passiv zu bewegen, so zeigt sich kein Widerstand. Die Sehnenphänomene sind bedeutend gesteigert. Kein Dorsalklonus. Das linke Bein ist in hervorragender Weise von motorischer Schwäche befallen. Pat. war übrigens von Ende 94 bis Anfang 95 abermals mit einer Schmierkur, 4 Wochen lang täglich 3 g, behandelt worden. Ausser den beschriebenen Störungen bestanden Augenstörungen, und zwar war die Sehschärfe nur wenig herabgesetzt, es besteht z. Z. rechts eine einfache Opticus-Atrophie und links eine geringe Abblassung der temporalen Papillenhälfte. Sensibilitätsstörungen und Schmerzhaftigkeit bestanden nicht. Es zeigte sich bei der Prüfung eine Ataxie, die im Anfange geringer war und jetzt etwas stärker ist. Das Bild der spastischen Spinalparalyse bietet der Patient nach meiner Meinung nicht; dazu gehört eine grosse Rigidität der Muskeln, so dass der Kranke den Fuss nicht vom Boden losbekommt. Hier sind zwar die Sehnenreflexe gesteigert, es zeigt sich aber kein Widerstand bei passiver Bewegung. Das ist eine Eigentümlichkeit, die Erb der syphilitischen Paralyse zugeschrieben hat. Die typische spastische Spinalparalyse Erb's ist ebenso wie Charcot's Tabes spasmodique nicht syphilitischer Natur. Ataxie und Sehstörungen, wie die hier gefundenen, gehören nicht zum Bilde der reinen Lateralsklerose. Blasenbeschwerden hat Pat. nicht gehabt, nur vorübergehend soll Schneiden beim Urinieren bestanden haben, auch soll eine vorübergehende Impotenz bemerkbar gewesen sein. Bekanntlich werden von der Syphilis die Meningen oft in Mitleidenschaft gezogen und bedingen gelegentlich Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule. Hier ist eine solche nicht vorhanden.

b) Hirnsyphilis. Ebensowenig, wie der eben vorgestellte Fall, ist dieser als rara avis zu betrachten. Doch ist die Entstehungsgeschichte recht interessant. Die Dame ist 40 Jahre alt, seit 20 Jahren verheiratet, hat mehrere Aborte gehabt; sie war vorher stets gesund, nur soll eine Verengerung des Genitalapparates bestanden haben. Ein Frauenarzt, von dem ich sie untersuchen liess, konnte nichts davon feststellen. In der letzten Neujahrsnacht hatte sie einen Ohnmachtsanfall, zwei Tage später stellte sich Doppeltsehen, grosse Schwäche und ein eigentümliches Gefühl von Prickeln in den Händen ein, besonders auf beiden Handrücken im Gebiet des ersten und zweiten Fingers, das aber nicht bis in die Fingerspitzen reichte. Am meisten quälte die Patientin ein heftiger Kopfschmerz, der oft so stark auftrat, dass sie laut aufschrie, besonders des Morgens.

Sie wurde erst in der Hirschberg'schen Augenklinik behandelt und bekam dort 15 Einreibungen von Quecksilbersalbe; nachher nahm sie auf Rat eines Arztes Jodkalium in mässiger Dosis, drei Esslöffel einer ca. fünfprozentigen Lösung täglich. Die Augenuntersuchung ergab Pupillenstarre, auf Licht, Pupillendifferenz, Doppelbilder giebt sie besonders des Morgens an, doch scheint hier die Erregung einen gewissen Einfluss auszuüben. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab eine Neuritis optica; in der Umgebung der Papille punktförmige Blutungen. Doppelbilder konnte Herr Kollege Jacobsohn, dem ich auch die Untersuchung des ersten Falles verdanke, nicht bestimmt erzielen; das mag wol auch daran liegen, dass in der Zeit, wo die Untersuchung stattfand, das Doppelsehen nicht auftrat. Von Nervensymptomen ist nicht viel mehr vorhanden; bei Augenschluss tritt geringes Schwanken ein.

Der Mann der Patientin, der seit 12 Jahren an Lähmung der Beine infolge von Tabes leidet, leugnet jede syphilitische Infection. Er will nur einmal Gonorrhoe gehabt haben. Er hat mehrere Feldzüge mitgemacht und war später Verwaltungsbeamter. Seine Erkrankung führte er auf geschlechtliche Aufregung zurück und möchte bei seiner Frau dasselbe konstatieren. Er gibt an, dass er seit 12 Jahren mit seiner Frau nicht geschlechtlich verkehrt hat, wie er sagt, nicht wegen Impotenz. Die Frau giebt an, dass ihre geistigen Fähigkeiten sich etwas vermindert haben, und dass sie an Gedächtnisschwäche leidet. Die Einreibungen hat sie nicht fortgesetzt, weil ihr Mann, der erfolglos mit sehr grossen Schmierkuren behandelt ist, einen Horror davor hat. Die Diagnose ist hier per exclusionem zu stellen. Es ist beinahe schon Stauungspapille vorhanden, und es fehlt trotz der ungenügenden Anamnese jedes andere Moment, was eine solche Augenveränderung erklären könnte. Der Urin war frei von Eiweiss und Zucker; ausserdem bietet die Retinitis albuminurica oder diabetica nicht ein solches Bild. Eine Raumbeschränkung in der Schädelhöhle liegt offenbar vor; für einen lokalisierbaren Tumor fehlt es an Symptomen; es handelt sich also wol um diffuse Hirnsyphilis. Die eigentümlichen Paraesthesien an den Händen und auch ein früher vorhandenes Lähmungsgefühl im Nacken verleiten, noch daran zu denken, dass möglicherweise doch auch im Rückenmark eine das 7. Cervikalsegment treffende Veränderung stattgefunden hat.

Ich möchte gern Ihren Rat holen, welche Behandlung ich hier einschlagen soll; es liegt nahe, da Syphilis da ist, Quecksilber anzuwenden. Vom Schmieren verspreche ich mir bei dem ersten Patienten in dem jetzigen Stadium nichts; seine Schwäche ist zu gross, er hat abgeommen und ich kann ihm nur raten, wieder ins Krankenhaus zu gehen, wie er ja auch selbst will. Ich würde mich höchstens auf Jodkalium beschränken. Bei der Frau dürfte wol eine energische Cur am Platze sein.

Discussion.

Herr Lewin: Sie erinnern sich, dass vor Jahren auch ich eine Patientin aus der Charité mit spastischer Spinalparalyse auf echt syphilitischem Boden vorgestellt habe. Die Kranke ist durch subcutane Injectionen rasch geheilt, hingegen hat dieselbe Behandlung in zwei Fällen aus der Privatpraxis nicht genützt. Es waren da bereits alle möglichen Kuren ohne Erfolg angewendet. Die Prognose ist, insofern als man durch Hg.

den Prozess zum Stillstand bringen kann, günstig. Die vorgestellten Fälle sind aber nicht rein; namentlich der erste Fall scheint mir kein reiner Fall zu sein. Beim zweiten Fall möchte ich nach den Gründen fragen, weshalb Lues angenommen wird. Weshalb nehmen Sie Syphilis an? Der Mann will nicht krank gewesen sein; von der Frau scheint es auch nicht fest zu stehen. Haben Sie in beiden Fällen die Zungenwurzeln untersucht? Das ist in solchen unklaren Fällen oft ein ganz vorzügliches Kriterium.

Herr Rosenthal: Ich habe vor zwei Jahren einen ähnlichen Fall vorgestellt, bei welchem es sich ebenfalls nicht um reine spastische Spinalparalyse handelte, sondern bei dem man annehmen konnte, dass neben den Seitensträngen auch die Hinterstränge afficiert waren. Die betreffende Frau hatte ich selbst unmittelbar nach der Infection an Syphilis behandelt; mehrere Jahre später bot sie dann dieselben Erscheinungen dar, wie der vorgestellte Fall, nur waren neben dem eigentümlichen Gang noch zeitweise Störungen von Seiten der Blase und des Mastdarmes vorhanden. Nach einer Schmierkur trat ganz entschiedene Besserung ein.

Herr Gumpertz: Die Syphilis ist in dem zweiten Falle angenommen worden, weil sich keine andere Aetiologie finden liess. Wenn der Mann an Tabes leidet und von allen Seiten so behandelt worden ist, wenn die Frau mehrere Aborte gehabt hat, so liegt doch die Annahme einer Syphilis nicht so fern. Ausserdem haben die Kopfschmerzen und noch mehr die grossen Sehbeschwerden seit der Inunctionskur etwas abgenommen.

Was die Untersuchung der Zungenwurzel betrifft, so behauptet Herr Kollege Heller, der den ersten Fall gesehen hat, dass keine Atrophie vorhanden war. Im zweiten Falle glaubte ich eine solche annehmen zu dürfen.

V. Herr Schreiber: Ueber Elephantiasis vulvae mit Krankenvorstellung. (Ist in extenso in diesem Heft erschienen).

VI. Herr Meissner: Ueber Naevus verrucosus unius lateris mit Krankenvorstellung. (Ist in extenso in diesem Heft erschienen).
Diskussion wird auf die nächste Sitzung verschoben.

VII. Herr G. Lewin: Krankenvorstellung.

1. Sie erinnern sich, dass ich vor einiger Zeit einen Kranken mit
riasis rubra pilaris Devergie-Besnier hier vorgestellt habe. Ich
Ihnen denselben als beinahe geheilt, und zwar nach Chrysarobin-
wieder vor. Diese Heilung durch locale Mittel wurde bekanntlich
rential-diagnostisches Zeichen zwischen Lichen rub. acum. und
b. pil. angesehen. Ich bin anderer Meinung, die ich in einer
scheinenden Arbeit näher begründen werde.

Vorstellung eines 26 jährigen Mädchens mit gummöser Ble-
itis und gummöser Rhinitis. Die Kranke war 1891
d zeigte Cond. lata ad lab. maj. vulvae und Roseola. Nach
cidivierte die Lues; sie wurde privatim mit einer längeren
behandelt. 1 Jahr darauf trat wiederum ein Recidiv auf,
erhielt Jodkalium.

Seit 1 Monat ist sie auf meiner Abteilung. Sie sehen an den Augenlidern kleine Geschwülste an den Stellen der Meibom'schen Drüsen. Die Nase selbst war in ihrem ganzen Umfange sehr verdickt und fühlte sich prall elastisch wie die Augenlidtumoren an. Das beste Criterium des gummösen Charakters war das ex juvantibus. Die Geschwülste sind um die Hälfte ihres Umfanges durch die Medikation reduciert.

3. Vorstellung einer Kranken mit rapid entstehenden Gummata. Die 30 jährige Arbeiterin, welche vielfache Kuren gegen Lues gebraucht hat, wurde vor mehreren Monaten mit Ecthymageschwüren und Psoriasis aufgenommen. Trotz energischer Behandlung mit Hg. entstanden lupöse Efflorescenzen auf dem Rücken und später Gummata auf den Unterschenkeln. Beim Gebrauch von Jodkalium verschwanden einzelne Knoten, während neue entstanden. Trotz genauer Differentialdiagnose muss ich die Tumoren als Gummata ansehen. Ein so schnelles Kommen und Schwinden habe ich nur einmal bei einer Privatpatientin beobachtet. Hier entstanden an verschiedenen Teilen über haselnussgrosse Geschwülste, die nach einiger Zeit verschwanden, während neue erschienen. Die Tumoren hatten Aehnlichkeit mit Cysticercusknoten. Herr Dr. Heller hat die Kranke mit beobachtet. — Die Tumore wurden nicht etwa durch das JK bewirkt, denn Jahre vor seinem Gebrauch waren einzelne entstanden.

Discussion:

Herr Lassar: Ein ähnlicher Fall ist vor längerer Zeit von Hallopeau als Jodtumor beschrieben worden. Auch Dr. Broes van Doort hat jüngst ein solches Vorkommnis nach Jod in der Dermat. Zeitschrift beschrieben.

Sitzung vom 9. Juli 1895.

Vorsitzender: Herr Lewin. Schriftführer: Herr Rosenthal.

Vor Eintritt in die Tagesordnung stellt

I. Herr Lassar den vor zwei Monaten gezeigten unklaren Fall noch einmal mit fortgeschrittenen Symptomen vor. Therapeutische Versuche sind erfolglos geblieben. Vortragender neigt der Auffassung zu, dass es sich möglicherweise, conform der Ansicht des Herrn Heller, um das Vorstadium einer Mycosis fungoides handeln könne.

Discussion:

Herr Lewin: Wie alt ist der Patient?

Herr Lassar: 21 Jahre alt.

Herr Lewin: Solche Fälle sind bei uns sehr selten.

Herr Lassar: Der Kranke hat sich längere Zeit in der Cap-Colonie aufgehalten, es liegt also vielleicht eine exotische Affection vor.

II. Herr Rosenthal verliest folgendes Schreiben des Herrn Saalfeld:

Berlin, 8. Juli 1895.

An den Vorsitzenden der Berliner Dermatologischen Vereinigung, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Lewin, Hochwohlgeboren.

Hochgeehrter Herr Geheimrat!

Ich gestatte mir, an Sie die folgenden Zeilen zu richten, mit der ergebenen Bitte, hiervon der Berliner Dermatologischen Vereinigung in der nächsten Sitzung gütigst Mitteilung machen zu wollen.

Herrn Prof. Köbner wurde auf seinen Wunsch die Druckcorrectur seines Protokolles der Märzsitzung der Dermatologischen Vereinigung zugesandt. Da dieses kurz vor der Drucklegung geschah, war es mir nicht möglich, eine Bemerkung zu der nachträglichen Anmerkung des Herrn Köbner zu machen. Im Interesse der Klarstellung der Thatsachen bitte ich daher ganz ergebenst, die folgende Bemerkung in das Protokoll der nächsten Sitzung der Dermatologischen Vereinigung aufzunehmen.

Ich constatiere nochmals, dass sich Herr Köbner bei seinen Angaben jetzt nur noch auf die Aussagen der Mutter stützt und nicht mehr, wie anfänglich von ihm hervorgehoben, auf die Aussagen des Hausarztes, welcher naturgemäss so unrichtige Angaben nicht machen kann.

Dass die Angaben der Mutter „übrigens nur in nebensächlichen Punkten“ von den meinigen abweichen sollen, wird allen denen unverständlich sein, die dieser Discussion in objectiver Weise zu folgen versucht haben.

Mit vorzüglicher Hochachtung ganz ergebenst

Saalfeld.

Hierzu ist folgendes Schreiben des Herrn Köbner eingegangen:

Berlin, den 18. Juli 1895.

An den Schriftführer der Dermatologischen Vereinigung, Herrn Dr. Rosenthal, hier.

Sehr geehrter Herr College!

Hierdurch bitte ich Sie ergebenst, in das Protokoll der letzten Sitzung vom 9. d. Mts, welcher ich nicht beiwohnte, zu der verlesenen Erklärung des Herrn Dr. Saalfeld folgende thatsächliche Berichtigung aufzunehmen.

Der Hausarzt des qu. Kindes, auf dessen Angabe ich mich sowohl in meinem Vortrage, wie in der Discussion (Dermat. Ztschr. Juniheft pag. 424) klar und deutlich gestützt habe, schrieb mir unterm 28. Februar d. J. wörtlich: „ . . . Dem Cantharidin stehe ich aus einer Reihe von Erfahrungen, die ich bei den Versuchen mit diesem Mittel auf der H.'schen Kehlkopfklinik seinerzeit gemacht habe, sehr kühl gegenüber und besonders in unserem Falle, wo die augenscheinlichsten Störungen nach Einverleibung von Cantharidin sich eingestellt hatten. . . .

„Das weitere Wachsen während der Cantharidincur habe ich an den einzelnen Lupusherden beobachtet.

„Während der Behandlung wurde das Kind elend und bekam

gastrische Symptome, die mich jedesmal zu einer Behandlung zwangen. Nach dem Aufhören der Kur ist das Kind auch fetter geworden."

Diese Angaben hält der Hausarzt auch jetzt in allen Punkten aufrecht.

Hochachtungsvoll

H. Köbner.

III. Herr Ledermann: Aus der ersten Ehe der seit Ausgang März zum zweiten Male verheirateten, 33jährigen, Patientin stammt ein gesundes Kind; die Kranke selbst ist früher stets gesund gewesen. Anfang April erkrankte sie an einem kleinem Geschwür auf der linken Wange, das von ihrem Manne mit einem schon von anderer Seite benützten Höllensteinstift geätzt wurde. Das Geschwür vergrösserte sich, eine Drüse am Unterkiefer schwoll an, es stellten sich Mattigkeit und Kopfschmerzen ein und schliesslich der noch jetzt vorhandene Ausschlag. Jetzt zeigt die Frau ein Zweimarkstückgrosses, sehr derbes Infiltrat an der linken Wange, nahe dem linken Mundwinkel, das oberflächlich schuppt und auf Druck nicht schmerzhaft ist. Ausserdem bestehen Plaques muqueuses im Munde, Exanthema maculo-papulosum universale und Papeln an den Genitalien. Auffallend ist die sehr stark prominierende Submentaldrüsenschwellung. Der Ehemann hat eine linsengrosse noch nicht in der Heilung begriffene Sclerose am Frenulum, Scleradenitis universalis und Plaques im Munde. Ob der Mann die Frau inficiert hat, oder ob das Umgekehrte der Fall ist, lässt sich nicht sagen. Dass der Höllensteinstift schuld ist, glaube ich nicht, denn ein Stift, der längere Zeit nicht benutzt ist, dürfte doch das Gift nicht so lange conservieren. Die Art der Sclerose und die Art ihrer Ausdehnung ist sehr eigentümlich.[1])

Discussion:

Herr G. Lewin: Ich mache besonders auf die Submental-Drüse an der Spina mentalis interna aufmerksam, was für Infection durch die Lippe spricht. Zweitens möchte ich betonen, dass eine Infection durch den Höllensteinstift nicht gut möglich ist. In dem Augenblick, wo der Höllensteinstift wirkt, geht die Zersetzung der Albuminate des syphilit. Virus vor sich. Ich glaube nicht, dass ein Fall von Infection durch Höllensteinstift existiert.

Herr Ledermann: Letzthin hat Fournier (La syphilis des médecins. Leçon du 10. mai 1895 à l'hôpital St. Louis, Journal des maladies cutanées et syphilitiques, juin 1895) einen Aufsatz veröffentlicht über die Syphilis der Aerzte und darin betont, dass der Höllenstein keine Infection vermitteln kann, wohl aber das Holz um den Stift herum. Eine event. Infection wird also nur durch die Umkleidung des Stiftes hervorgerufen.

IV. Herr G. Lewin: Vorstellung von Kranken mit gummösen Prozessen im Pharynx, auf der Zunge und im Larynx.

---

[1]) Nachträglich habe ich über den Infectionsmodus Folgendes eruiert: Die junge Frau wurde an ihrem Hochzeitstage von einer Freundin auf die Wange geküsst. Dieser Freundin war kurz vorher ein achtwöchentliches, hereditär-syphilitisches Kind, das mit Sublimatbädern behandelt worden war, gestorben. Es scheint also mit ziemlicher Sicherheit die Frau der erstinficierte Teil gewesen zu sein, während ihr Mann später von ihr angesteckt worden ist.

1. Eine 30jährige Frau mit syphilitischer Anamnese hat einen Gummiknoten im Parenchym der Zunge und ein gummöses Geschwür auf der Membrana interarytaenoidea. Die Gummata der Zunge sind nicht so selten, doch werden sie deshalb nicht aufgefunden, weil man unterlässt, die Zunge bei jedem Kranken genau zu palpieren. Gleichzeitig hat die Kranke eine Ophthalmie. die aber nur anfangs wie eine blennorrhoische verlief. Sie entstand aber dadurch, dass infolge einer ulcerösen Blepharoadenitis die Cilien, nach innen gekehrt, längere Zeit die Conjunctiva reizten. Mit fortschreitender Heilung der Augenlidentzündung heilte auch die der Augen.

2. Ein 35jähriger Arbeiter, ebenfalls mit einem Gummi der Zunge. Während bei der vorgestellten Frau der Knoten tief im Gewebe sass, sitzt er hier höher, so dass er nicht allein prominiert, sondern auch eine Erosion der Schleimhaut erzeugt hat. Gleichzeitig besteht eine gummöse Arytaenoiditis sinistra. Die Diagnose einer solchen ist meist nicht leicht. Die zur starken Schwellung der Aryknorpel relativ geringe ins Gelbliche spielende Röte, die Einseitigkeit des Prozesses, die Schmerzhaftigkeit beim Druck sind hier gute Criterien. Die Lues hat bei dem Kranken einen galloppierenden Charakter gehabt.

3. Ein 35jähriger Mann mit einem auf die Halswirbel dringenden gummösen Retropharyngealgeschwür. Das Geschwür, das jetzt nach Gebrauch von JK in seiner Heilung schon vorgeschritten, sitzt hoch im Cavum pharyngonasale, so dass es nur nach Hebung des Velums zur Anschauung gelangt. Solche Ulcerationen werden oft wegen dieses Sitzes übersehen. Das Geschwür drang bis zum Knochen. Hierdurch kann eine Spondylitis erzeugt werden. Bei einem Kranken mit einem solch ausgedehnten Gummi täuschte dasselbe einen Abscess vor und bewog mich zur Incision, welche natürlich keinen Eiter ergab. Hier führte die eingetretene Spondylitis den Tod herbei.

4. Ein Mann mit Verwachsung der Arcus palato-glossi mit der hinteren Pharynxwand und mit einer Perforation des Palatum durum infolge von zerfallenen gummösen Infiltraten.

5. Ein 30jähriger Mann mit Purpura an den unteren Extremitäten infolge von JK. Solche Fälle sind im allgemeinen selten, treten aber nach allen Jodpräparaten ein. „Diese Nebenwirkungen der Jodsalze sind auf die Jodcomponenten zurückzuführen.“ Das JK hatte der Kranke gegen Rypia und Orchitis gummosa erhalten.

V. Herr Lassar: Zur Therapie des Naevus verrucosus. Mit Demonstrationen. (Wird in extenso erscheinen.)

Discussion:

Herr Lewin: Herr Lassar hat darauf schon öfters aufmerksam gemacht, dass die Naevi meistens nicht angeboren sind, sondern erst einige Zeit nach der Geburt entstehen. Es giebt jedoch auch Fälle, wo die Affection gleich nach der Geburt beobachtet ist. Herr Joseph hat bei einem Kinde schon 1 Stunde nach der Geburt einen grossen, tierfellähnlichen Naevus beobachtet.

Was sodann die Wirkung des Arsen betrifft, so habe ich vor *15 Jahren* in der medicinischen Gesellschaft über einen Fall berichtet, in

welchem sich die subcutane Injection von As gegen eine Anzahl Warzen auf dem Kopfe eines Kranken glänzend bewährte, nachdem von einem Chirurgen diese Warzen vielfach ohne Erfolg ausgekratzt worden waren.

Herr Mankiewicz: Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam machen, dass Arsen nicht nur innerlich sondern auch äusserlich bei Geschwülsten gute Dienste thut. So verschwinden z. B. die Condylomata acuminata, auch wenn sie gross sind, rasch durch Auftupfen von Liq. arsenical. Fowl., welches man eintrocknen lässt. Sie fallen dann ab und kommen nicht wieder.

Herr Rosenthal hat bei der Arsenbehandlung der Warzen häufige Misserfolge gesehen. Besonders sind ja die Verrucae planae auf Handrücken und Stirn diejenigen Bildungen, die dieser Therapie am meisten zugänglich sein sollen. Ich habe aber erst jüngst eine Lehrerin mit dieser Affection behandelt, wo ich, trotz der Erfahrung, dass, wenn das Arsenik in diesen Fällen hilft, kleine Dosen innerhalb kurzer Zeit zum Ziele führen, allmählich zu grossen Dosen übergegangen bin, aber es ist keine Involution eingetreten.

Was speciell den Fall des Herrn Lassar betrifft, so unterscheidet sich derselbe insofern von anderen in der Litteratur bekannten Fällen, als sich einmal der Naevus ziemlich spät entwickelt hat, und ferner auch mehrfach Zeichen einer centralen Störung vorhanden sind, was im allgemeinen bei Naevus verruc. unius lateris nicht bekannt ist. Aus der Schilderung, die Herr Meissner gegeben hat, lässt sich daher schliessen, dass hier besondere, eigentümliche Bedingungen vorherrschen, und deshalb glaube ich, dass dieser Fall, wenn er auch dem Aussehen nach einem Naevus verrucosus entspricht, seiner inneren Natur nach nicht zu dieser Krankheitsgruppe gehören dürfte.

Herr Blaschko: Nur einige Worte über die Arsen-Therapie der Warzen. Ich habe vor einer Reihe von Jahren, angeregt durch litterarische Notizen in einem Falle zuerst das Arsen mit ausserordentlich überraschendem Erfolg angewandt; dann habe ich wieder mehrere Fälle beobachtet, die vom Arsen absolut unbeeinflusst blieben, während hier und da einmal inzwischen ein Fall sehr günstig beeinflusst wurde. Worauf diese Differenz beruht, habe ich mir bisher nicht erklären können, denn eine typische Wiederkehr besonderer klinischer Eigenschaften derjenigen Warzen, die unter dem Gebrauch verschwinden, gegenüber den anderen habe ich nicht konstatieren können. Ich will aber auf eine eigentümliche Erscheinung aufmerksam machen, die die rätselhafte Wirkung des Arsen noch mehr hervorhebt, nämlich, dass unter dem Arsen nicht selten Warzen entstehen. Arsen ist bekanntlich ein gutes Mittel gegen Pemphigus, und es erzeugt auch Blasen; es wirkt ferner manchmal sehr gut bei Pigmenterkrankungen und erzeugt auch Pigmentierung. Ich habe zwei Fälle gesehen, wo unter Arsen Warzen aufgetreten sind. Erst neulich behandelte ich eine Dame, die zehn Jahre lang aus kosmetischen Rücksichten Arsen genommen und sich dadurch eine netzförmige Pigmentierung fast der ganzen Hautdecke zugezogen hatte. Nur die Hände, die nicht pigmentiert waren, waren besäet von kleinen Warzen, die allmählich, nach Aussetzen des Arsen, wieder verschwanden.

Herr Saalfeld: In dem von mir vorgestellten Falle handelte es sich um zweierlei Warzen. Neben flachen Warzen zeigte der Patient

gleichzeitig mehr erhabene und zerklüftete. Die flachen wurden von dem Arsen beeinflusst, die zerklüfteten nicht. Andererseits gehen in einer ganzen Reihe von Fällen die flachen Warzen auch ohne Therapie fort.

Was die Bemerkung des Herrn Rosenthal betrifft, dass in dem von Herrn Meissner vorgestellten Falle sich eigentümliche Verhältnisse gezeigt haben, so möchte ich darauf hinweisen, dass sich in meinem Falle der Naevus verrucosus lateris unius im Anschluss an eine Meningitis entwickelt hat.

Herr Heller hat an sich selbst nach Beschäftigung mit photographischen Versuchen die Bildung einer grossen Anzahl von flachen Warzen an den Fingern beobachtet. Einige derselben hat er ohne Erfolg mit Höllenstein touchiert. Sie sind schliesslich alle ohne weitere Therapie geschwunden.

Herr Lassar: Wir sind von dem eigentlichen Thema etwas abgekommen. Ich bin insofern nicht verstanden worden, als ich dem Arsen keine generalisierende Bedeutung gegen Warzen zugesprochen habe. Manchmal hilft es, manchmal nicht. Der Schwerpunkt scheint mir darin zu liegen, dass hier ein Naevus verrucosus, nach Beispiel anderer Warzen, auf Arsen (also Warzentherapie) zurückgegangen ist. Hierin, nicht in dem bekannten Verhältnis von Arsen zu Warzen, schien mir das Interesse zu liegen.

Herr G. Lewin: Die Wirkung des Arsen ist identisch mit der des Phosphors; beide verfetten die Gewebe, indem sie durch Bildung von arseniger Säure event. von Phosphorsäure dem Gewebe O entziehen und es dadurch zum fettigen Zerfall bringen. Darauf scheint auch die Wirkung des As bei den Warzen zu beruhem.

Herr Meissner: Anknüpfend an die Bemerkung des Herrn Geh.-Rat Lewin möchte ich betonen, dass man sich über die Beseitigung von Warzen durch Arsen nicht wundern darf, wenn man bedenkt, dass das Arsen das Eiweiss in Fett verwandelt. So gut wie bei den Muskeln kann dies auch im Bindegewebe der Fall sein. Dass nun eine pathologische Neubildung zuerst dieser Einwirkung unterliegt, ist auch verständlich, da sie doch jedenfalls das letztgebildete, zuletzt entstandene Gewebe darstellt; allmählich nach Beseitigung des Neoplasmas erstreckt sich die verfettende Wirkung auch auf die normalen Gewebe. Wenn diese Annahme auch vorläufig nicht zu beweisen ist, so scheint sie noch die wahrscheinlichste zu sein.

VI. Discussion über den Vortrag des Herrn Meissner: Ueber Naevus verrucosus unius lateris, mit Krankenvorstellung.

Herr Lewin: Herr Meissner hat die Ursachen der Naevi auf Erkrankungen vorzüglich der vasomotorischen Centren zurückgeführt. Das steht im Gegensatz zu allen bekannten Theorien, die wir in voriger Sitzung besprochen haben, dabei aber die Cohnheims, Gewebskeimbildung, unerwähnt liessen. So freudig ich es auch begrüsse, dass hier einmal ein Thema mit physiologischem Anklang berührt wird, so möchte ich mich doch der Meissnerschen Theorie nicht anschliessen. Bei beinahe jedem pathologischem Process spielen die Blutgefässe mehr oder weniger eine Rolle, welche von den Gefässcentren der Medulla oblongata (in der Nähe der Rautengrube), der grauen Substanz des Rückenmarkes und schliesslich der Ganglien in den Gefässwänden selbst beherrscht werden.

Eine andere Frage ist, ob im gegebenen Falle diese Gefässalteration eine Hauptrolle spielt. Zum Nachweis gehören entweder ein Sectionsbefund oder klinische Erscheinungen. Ein Sectionsbefund liegt, so weit mir bekannt, bisher nicht vor. Was die klinischen Criterien betrifft, so habe ich über 100 Fälle eigener und fremder Erfahrung tabellarisch zusammengestellt. Aus diesen ergiebt sich, dass wirklich bestimmte Nervenkrankheiten nur in 3 Fällen coincidierten, in 8 Fällen Krankheiten verschiedener Art, die wohl kaum in Connex mit den Naevi gebracht werden können. Diese Casuistik ist folgende: In Gerhardts erstem Fall entwickelten sich bei einem idiotischen 6jährigen Kinde im dritten Jahre epileptische Anfälle. Im Pottschen Falle werden auch epileptische Anfälle erwähnt. In einem Falle von Reichel traten im zehnten Lebensjahre Krampfanfälle auf. Dann kommen zweifelhafte Fälle. Jadassohn beobachtet bei einem 66jährigen Fleischer „Nervenstörungen unbestimmter Art". Der Mann war zugleich Potator. Bei einem 27jährigen Baugewerbseleven war eine Schwäche im rechten Bein vorhanden; bei einem 36jährigen Arbeiter ziemlich schwere Störung des Allgemeinbefindens. Bei einem 18jährigen Mädchen Siegmunds war die Intelligenz sehr gering und bei einem 17jährigen Lehrling wenig geistige und körperliche Entwickelung. Hagen hat bei einem Kinde mit doppeltem Klumpfuss Naevus gesehen, Eichhoff bei einem zweijährigen Kinde sehr langsame körperliche und geistige Entwickelung. Mosengeils 17jähriger Bursche zeigte Atrophie des mit Naevi bedeckten Unterschenkels. Das 17jährige Dienstmädchen Simons war sehr mässig intelligent. Saalfelds 14jähriger Knabe war körperlich und geistig wenig entwickelt. Eichhofs 2jähr. Kind schritt geistig und körperlich langsam vorwärts. Hagens $2^1/_2$jähr. Knabe mit Klumpfüssen entwickelte sich auch mangelhaft geistig und körperlich. Bei Mansurows 10jähr. Mädchen waren die Muskeln des l. Schenkels und der Regio glutaea sin. atroph. Leggs Mädchen litt an Haemophilie. Ich selbst habe in meinem grossen Material auch eine grosse Anzahl von Naevi beobachtet, doch nicht immer auf die begleitenden nervösen Störungen geachtet. Ich erinnere mich nur, dass bei einer 23jähr. Frau Kopfschmerzen und zeitweise Krämpfe, bei einem 27jähr. Maler mit einem sehr grossen Nervennaevus mehrfache nervöse Erscheinungen beobachtet wurden.

Welches Resultat ist aus dieser Uebersicht zu ziehen?

Herr Rosenthal spricht sich dahin aus, dass die Theorie des Herrn Meissner für den vorgestellten Fall zutreffend sein kann. Verschiedenartige trophische Störungen der Haut sind bei centralen Affectionen vielfach beobachtet und beschrieben worden. Und so mag der Fall, der, wie Herr Lassar gesagt hat, eventuell als Warzenbildung aufgefasst werden kann, in derselben Weise gedeutet werden; zu verallgemeinern ist die Erklärung aber nicht.

Herr Blaschko: Ich glaube, dass es nicht angängig ist, eine allgemein gültige Theorie für das Zustandekommen der Naevi aufzustellen, so lange wir uns noch nicht darüber einig sind, was wir unter Naevus zu verstehen und welche Krankheitsbilder wir unter diesem Begriff zu subsummieren haben. Man rechnet zu den Naevi z. B. flächenhafte, hellbraune, über ein umfangreiches Hautgebiet sich erstreckende Pigmentierungen, cavernöse und teleangiectatische Angiome, circumscripte, dunkel

pigmentierte, warzige Tumoren, die der Laie als Leberflecke bezeichnet, ferner jene kleinen, schlaffen, gestielten oder breitbasig aufsitzenden Geschwülste, welche Recklinghausen als Lymphangiofibrome auffasst, und die von anderen als Naevi spili bezeichnet werden. Auch jene eigentümlichen warzigen Gebilde, zu denen der von Hn. Alexander und mir vorgestellte Fall gehört, werden als Naevus verrucosus bezeichnet und den Naevis zugerechnet. Fälle von circumscripter Hypertrichosis gelten ebenfalls als Naevi pilosi und zwischen ihnen und den Fällen mit allgemeiner Hypertrichose, wie wir sie bei Andrian Jeftichjew, Krao, dem jetzt hier ausgestellten Bärenweib und ähnlichen „Haarmenschen“ beobachten, finden sich alle erdenklichen Zwischenstufen, und alle diese histogenetisch so differenten Gebilde passen in den Rahmen des Begriffes Naevus. Unna hat in seiner Histopathologie versucht, angesichts dieser so weit auseinandergehenden anatomischen Zusammensetzung der verschiedenen Naevusformen diesen Begriff rein aetiologisch zu definieren und er bezeichnet als Naevus alle als hereditär veranlagten oder embryonal angelegten, zu verschiedenen Zeiten des Lebens sichtbar werdenden und äusserst langsam sich entwickelnden, durch Farbe oder Form der Oberfläche auffallende, umschriebene, kleinere Missbildungen der Haut.

Selbst unter diese Definition, die meines Erachtens noch zu eng gefasst ist, fallen, wie man sieht, Gebilde, die ihrer anatomischen Zusammensetzung nach nichts miteinander gemeinsam haben, und für welche eine gemeinsame Theorie aufzustellen, etwa eine angioneurotische im Sinne des Herrn Meissner, ganz unzulässig wäre. Nun weichen aber auch noch die Anschauungen der verschiedenen Autoren von denjenigen Unnas und untereinander so weit ab, dass es wohl die erste Aufgabe wäre, zunächst sich einmal darüber allseitig zu verständigen, was man unter Naevus zu verstehen habe — eine Aufgabe, nicht unwert der Deutschen dermatologischen Gesellschaft.

Herr Lewin: Naevus nenne ich die Neubildung, die mehr oder weniger bald nach der Geburt zur Erscheinung gelangt, keine späteren Metamorphosen eingeht und nicht in die Kategorie anderer Neubildungen gebracht werden kann.

Herr Meissner: Die in der Discussion angeregten Punkte und Fragen veranlassen mich zu einigen Schlussworten. Zunächst hatte ich gehofft, nicht den Eindruck zu erwecken, als ob ich eine neue Theorie aufstellen wollte. Ich wollte nur den Versuch machen, die bisher bekannten Theorien zu vereinigen. Da nämlich jede Gewebsveränderung, sei es eine Hypertrophie oder Atrophie doch schliesslich mit dem vasomotorischen Centrum, also auch dem Centralorgan, in Zusammenhang zu bringen sein muss, so glaubte ich keine neue Theorie damit aufzustellen, sondern nur bei der Vereinigung der beiden bekannten Annahmen den Fehler zu vermeiden, welcher meiner Meinung nach sehr häufig begangen wird, dass man sich nur an die Form der Erkrankung hält und aus den eigentümlichen Linien auf ein ätiologisches Moment schliessen zu können glaubt.

Was die Bemerkung des Vorsitzenden bezüglich der verschiedenen Localisierung der vasomotorischen Centren betrifft, so glaube ich, dass die

peripheren Gefässganglien kaum in Betracht kommen, zumal wenn es sich um beiderseitige Naevi handelt. Dagegen dürften vielleicht die im Grosshirn gelegenen Centren bei einseitiger Affection von wesentlicher Bedeutung sein. Dass Herr Geheimrat Lewin 11 Fälle unter 100 gefunden hat, welche für die von mir aufgestellte „Theorie" sprechen, war mir erfreulich, obwohl ich einen Teil derselben sehr wohl kannte. Man darf jedoch aus diesem Zahlenverhältnis nicht den Schluss ziehen, dass meine Annahmen falsch seien, da doch auch Fälle denkbar sind, wo allein vasomotorische Störungen vorlagen. Vorübergehend erwähnte der Vorsitzende einen Fall, der auf Alcoholismus zurückgeführt werden müsse. Dass der Alcoholismus den Gefässapparat zu alterieren imstande ist, ist ja bekannt.

Die Anregung des Herrn Blaschko kann ich in vollstem Sinne unterstützen; die Klarheit über den Begriff Naevus ist durchaus nicht zu gross. Ich betone aber, dass ich im Eingang meines Vortrages sagte, die Besprechung bezöge sich nur auf Affectionen, welche angeboren, früh entstanden oder nach physiologischen Ereignissen aufgetreten sind und die niemals die Mittellinie überschreiten. Dies letztere muss man in allen Fällen hervorheben, da es jedenfalls für eine centrale ätiologische Ursache spricht, denn eine Einseitigkeit könnte auch peripherer Natur sein, eine Doppelseitigkeit schliesst die periphere Natur aus und das Nichtüberschreiten der Mittellinie spricht jedenfalls für ein Centrum, das über der Mittellinie steht, und das wäre das Centralorgan. Zu den Fällen, die der Vorsitzende erwähnt hat, die für meine Theorie sprechen, wäre vielleicht auch der von Herrn Saalfeld zu rechnen, wo eine Meningitis vorhergegangen war, also auch wieder eine das Centralorgan betreffende Erkrankung. Ich habe bei dem ganzen Vortrage hervorgehoben, dass die Ueberlegung sich herleitet aus der histologischen Untersuchung; ich habe betont, dass es sich hier nur um Ernährungsstörungen handeln könne, die das von mir gefundene Resultat erzeugten. Ich habe in den Präparaten, wie Sie sich vielleicht entsinnen, die von Herrn Blaschko beschriebenen Veränderungen in der Umgebung der Gefässe gefunden. Von da aus war meine Ueberlegung ausgegangen; ich fand dann nachträglich in der Litteratur eine Unterstützung meiner Auffassung in der Anamnese verschiedener Fälle.

VII. Herr Lewin. Ueber Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris.

Bei der vorgerückten Zeit will ich mich nur auf wenige Bemerkungen beschränken.

Ich habe früher einen Fall von Pityriasis rubra pilaris vorgestellt und betont, dass Kaposi 1889 in Paris alle diese Fälle für Lichen ruber acuminatus erklärte. Der Name Lichen ruber stammt von Hebra. Kaposi taufte ihn um in Lichen ruber acuminatus. Hebra sagt, er habe 14 Fälle beobachtet, die tötlich verliefen, während alle Fälle, die er mit Arsen behandelt hat, geheilt wurden. Ich habe schon hervorgehoben, dass es ein Unicum in der Therapie überhaupt wäre, dass sämtliche an einer Krankheit erkrankten Individuen starben und andererseits ein Mittel absolut souverän war. Ich habe schon vor vielen Jahren an die Herren, die mit Hebra in Verbindung standen, geschrieben. Die wussten von den Fällen nichts. Ich habe mich sodann an Kaposi ge-

